



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Når forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme

Perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet

Petersen, Marit Nørgaard

DOI (link to publication from Publisher):
[10.5278/vbn.phd.socsci.00051](https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00051)

Publication date:
2016

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Petersen, M. N. (2016). *Når forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme: Perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00051>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

NÅR NORDJYSKE FORLØBSKOORDINATORER OG DERES SAMARBEJDSPARTNERE FÅR EN STEMME

– PERSPEKTIVER PÅ FORLØBSKOORDINATORERNES ROLLE
OG FUNKTION PÅ TVÆRS AF SUNDHEDSVÆSENET

**AF
MARIT NØRGAARD PETERSEN**

PH.D. AFHANDLING 2016



AALBORG UNIVERSITET

Når nordjyske forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme

- Perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet

Af

Marit Nørgaard Petersen



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Ph.d.-afhandling

Institut for Sociologi og Socialt Arbejde

Ph.d. indleveret: Den 23.juni 2016

Ph.d. vejleder: Professor Janne Seemann,
Institut for Sociologi og Socialt Arbejde,
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejleder: Dekan Rasmus Antoft,
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Professor (MSO) Morten Balle Hansen
Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

Lektor Betina Rennison
Videncenter CLOU VIA University College

Førsteamanuensis Dag Torjesen
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag
Universitetet i Agder

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet,
Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7112-372-2

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Marit Nørgaard Petersen

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2016

Normalsider: 261 sider (å 2.400 anslag inkl. mellemrum).

Til min familie



OM FORFATTEREN

Marit Nørgaard Petersen er cand. mag. i socialantropologi og europæiske kulturstudier fra Aarhus Universitet 2002. Hun har en bred erfaring indenfor undervisning og vejledning af studerende i antropologiske og sociologiske teorier og temaer. Marit har i en årrække arbejdet med sundhedsforvaltning i kommunalt og regionalt regi med særligt fokus på udvikling af samarbejdsplatforme mellem sygehuse, kommuner og almen praksis.

FORORD

Denne ph.d.-afhandling handler om forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere på sygehuse, i kommuner og i almen praksis. Afhandlingens undersøgelse er foretaget på foranledning af Kronikerenheden Nordjylland, hvilket er et administrativt samarbejde mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland, nu lagt ind under regionen som en del af Afdeling for Sundhed og Sammenhæng. Udgangspunktet for at etablere en ph.d.-stilling var i sin tid et ønske fra Kronikerenheden om at undersøge organisatoriske udfordringer og implikationer ved forløbskoordinatorfunktionen, før en eventuel anbefaling til kommuner, almen praksis og hospitaler i regionen om etablering af koordinatorfunktioner. Det empiriske fænomen var således givet, men jeg har herefter haft mulighed for at præge det yderligere. Kronikerenheden fik midler til yderligere et projekt (betegnet D7-projektet) med et lignende fokus, og projektgruppen hertil har i løbet af mit ph.d.-forløb udgjort en del af følgegruppen for mit projekt. Min tilknytning til Kronikerenheden er den primære årsag til, at undersøgelsen empirisk er funderet i det geografiske område, som hører under Region Nordjylland og de nordjyske kommuner.

Afhandlingen kan umiddelbart opfattes som en 'for eller imod-undersøgelse' af forløbskoordinatorer, men dette ser jeg som en forsimpning, både i forhold til den forskningsmæssige interesse i undersøgelsen og den praktiske læring. Den er derimod en udforskning af nogle af de mekanismer, som træder i kraft i organisatoriske sammenhænge, når nye tiltag introduceres. Hovedtolkningen er for praksis to ting: For det første, at forløbskoordinatoren i sin nuværende rolle og funktion møder udfordringer i forhold til at kunne agere koordinerende på tværs i sundhedsvæsenet. Hovedparten af samarbejdspartnerne i undersøgelsen og til dels også koordinatorene selv ser ikke forløbskoordinatoren som koordinerende medarbejder i tværsektorielt samarbejde. De udtrykker derimod, at forløbskoordinatoren snarere har en rolle at spille som støtte- og tryghedsperson for patienten. Der er derfor for det andet vilkår, som må ændres for forløbskoordinatoren, såfremt man ønsker, at denne skal agere koordinerende i tværsektorielt samarbejde.

Jeg ønsker først og fremmest at takke de sundhedsprofessionelle og administrative medarbejdere i det nordjyske sundhedsvæsen, som har taget sig tid til at bidrage med stor viden og engagement i ph.d.-projektets undersøgelsesfase. Dernæst min familie og venner, kolleger på universitetet og i Kronikerenheden samt ikke mindst COMA (Center for Organization, Management and Administration) og begge mine vejledere for uundværlig opbakning, tålmodighed og faglig sparring i processen. Det har været en

spændende, til tider udmattende, men mest af alt fagligt udvidende og lærerig rejse ind i forskningens verden!

INDHOLDSFORTEGNELSE

DEL 1: UDGANGSPUNKTER OG PROBLEMFELTER	13
KAPITEL 1: FORLØBSKOORDINATORER I FOKUS	13
INDLEDNING.....	13
AFHANDLINGENS FORSKNINGSINTERESSER OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL.....	15
NATIONALT NIVEAU - FORLØBSKOORDINATOREN I OFFICIELLE DOKUMENTER....	20
<i>Sundhedsstyrelsens anbefalinger.....</i>	<i>21</i>
<i>Lovgivning og udmøntning.....</i>	<i>23</i>
<i>Sundhedsaftalerne</i>	<i>25</i>
<i>Opsummering</i>	<i>27</i>
LOKALT NIVEAU - STUDIER AF SAMMENHÆNGSSKABENDE INTERVENTIONER	28
<i>Begrundelse for at give eksempler på empirisk forskning.....</i>	<i>28</i>
<i>Eksempelernes videnskabelige status.....</i>	<i>29</i>
<i>Internationale studier.....</i>	<i>29</i>
<i>Skandinavien – Norge, Sverige og Danmark.....</i>	<i>33</i>
<i>Opsummering</i>	<i>41</i>
AFHANDLINGENS STRUKTUR.....	42
KAPITEL 2: FORSKNINGSPROCESSEN	45
INDLEDNING.....	45
<i>Videnskabsteoretisk fundament</i>	<i>46</i>
<i>Betydning for afhandlingens forskningsdesign.....</i>	<i>47</i>
DET ANALYTISKE GENSTANDSFELT	49
AT BETRÆDE FELTEN – TO PERSPEKTIVER PÅ FELTEN	50
<i>Felten forstået som deltagernes repræsentation af forskellige praksisfelter ...</i>	<i>50</i>
<i>Fokusgruppen som felten – et symbolsk rum, hvor viden skabes i interaktion</i>	<i>50</i>
INFORMANTER OG NØGLEINFORMANTER.....	51
<i>Introduktion til en screening for forløbskoordinatorer</i>	<i>52</i>
<i>Forløbskoordinatorer i Region Nordjylland – et landkort.....</i>	<i>53</i>
<i>Forløbskoordinatorens potentielle samarbejdspartnere</i>	<i>57</i>
FOKUSGRUPPEINTERVIEWET - MED FORM SOM ET ARBEJDSSEMINAR	58
<i>Arbejdsseminar 1 – koordinatorer, der arbejder på tværs.....</i>	<i>60</i>
<i>Arbejdsseminar 2 – potentielle samarbejdspartnere.....</i>	<i>64</i>
TEGNEØVELSEN - METODEOVERVEJELSER	65
<i>Metoden og dens anvendelse i afhandlingen.....</i>	<i>65</i>
<i>Bidrag til vidensproduktion.....</i>	<i>69</i>
<i>Kort fremvisning af tegningerne.....</i>	<i>70</i>
TRANSSKRIBERING.....	78
<i>Transskribering og referater til seminarernes deltagere</i>	<i>79</i>

<i>Forståelse af samtalerne</i>	79
<i>Anonymisering og citatbrug</i>	80
BAGUDSKUENDE REFLEKSIONER OM ARBEJDSSEMINARERNE	80
<i>Om de fremmødte deltagere</i>	81
<i>Udsagn og typer af viden.....</i>	82
KVALITETSKRITERIER	83
<i>Forskerroller</i>	87
<i>Etiske kriterier.....</i>	88
TYDELIGGØRELSE AF ØVRIGE KILDER OG KRONOLOGI	89
DEL 2: ANALYSENS FØRSTE DEL.....	97
<i>Analysestrategi og struktur for analysens første del</i>	97
KAPITEL 3: FORLØBSKOORDINATORERNES ROLLE OG FUNKTION	98
OPGAVER OG ORGANISATORISK FORANKRING.....	98
ORGANISATORISK NIVEAU	100
FORLØBSKOORDINATOREN OG DEN DELESTILLINGSANSATTE	103
HENVENDELSER OG SKABELSE AF KONTAKT	104
SAMARBEJDSFLADER OG NETVÆRK	104
OPGAVENS KOORDINERENDE KARAKTER	105
<i>Hvad er forløbskoordinatorer og delestillingspersoner ansat til?</i>	105
DELKONKLUSION	107
KAPITEL 4: NÅR FORLØBSKOORDINATORER OG SAMARBEJDSPARTNERE FÅR EN STEMME	109
KOORDINATORERNES OPLEVELSE AF MODTAGELSE SOM KOORDINATORER	109
<i>At blive synlig.....</i>	109
<i>At etablere en anvendelig position</i>	110
<i>At opnå tilknytning til et arbejdsfællesskab.....</i>	111
ER KOORDINATOREN GUDS GAVE TIL SUNDHEDSVÆSENET?	112
ER KOORDINATOREN PATIENTENS MENINGS- OG SAMMENHÆNGSSKABER?	114
DELKONKLUSION	117
KAPITEL 5: ANALYTISKE KONSTRUKTIONER AF FORLØBSKOORDINATOREN. 118	
FORLØBSKOORDINATOREN SOM INTEGRATOR FOR SAMARBEJDET	118
<i>Mediator mellem patient- og organisatoriske perspektiver.....</i>	118
<i>Rammefortolker.....</i>	122
FORLØBSKOORDINATOREN SOM DISINTEGRATOR FOR SAMARBEJDET	123
<i>Fra grænsefladefunktion til grænsefladekompetent</i>	123
DELKONKLUSION	124
DEL 3: ANALYSENS ANDEN DEL OG AFHANDLINGENS HOVEDKONKLUSIONER	127

<i>Analysestrategi for analysens anden del - tre teoretiske optikker</i>	132
KAPITEL 6: ANALYSEOPTIK 1 - EN SÆRLIG FRONTMEDARBEJDER	137
INDLEDNING.....	137
FORLØBSKOORDINATOREN SOM EN SÆRLIG FRONTMEDARBEJDER.....	141
<i>Frontlinjeperspektivet med udgangspunkt i Lipsky</i>	141
<i>Eksempler på eftertidens positioner – inspiration og kritik</i>	144
<i>Forløbskoordinatorens unikke position</i>	147
FORLØBSKOORDINATOREN I ET IKKE-MONOLITISK SYSTEM	151
<i>En udvidet model</i>	152
<i>Koordinatorernes rolle og funktion i en verden af ikke-entydige krav</i>	157
EN 'FRONTLØS' MEDARBEJDER I DET TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE?	159
<i>Stat-agent-fortællingen</i>	162
<i>Borger-agent-fortællingen</i>	163
<i>Fortællingerne i det empiriske materiale</i>	164
DELKONKLUSION	165
KAPITEL 7: ANALYSEOPTIK 2 – KOORDINATORROLLEN I ET INSTITUTIONELT SPÆNDINGSFELT	169
INDLEDNING.....	169
ØNSKET OM SYNLIGGØRELSE	170
<i>Empirisk indgang</i>	170
<i>Berger og Luckmanns samfundsforståelse</i>	174
KOORDINATORROLLEN SOM EN FLEKSIBEL FUNKTION	181
<i>Empirisk indgang</i>	181
<i>Jensen og Sørensen om rollebegrebet – roller som formbare</i>	183
<i>Koordinatorens præg på rolledannelsesprocessen</i>	186
KOORDINATORROLLEN I ET INSTITUTIONELT SPÆNDINGSFELT.....	190
<i>Empirisk indgang</i>	190
<i>Afvigere i samarbejdspartners øjne</i>	193
DELKONKLUSION	196
KAPITEL 8: ANALYSEOPTIK 3 - FORLØBSKOORDINATORER OG SAMARBEJDSPARTNERE SOM AKTØRER I GRÆNSEFLADER	199
INDLEDNING.....	199
WILLIAMS' MIKROSOCIOLOGISKE PERSPEKTIV	200
<i>Struktur-agent-idé-model</i>	200
<i>'Boundary spannere' og 'boundary spanning-aktiviteter'</i>	202
<i>To forskellige typer 'boundary spannere'</i>	205
ER SAMARBEJDSPARTNERNE DE EGENTLIGE 'BOUNDARY SPANNERE'?	211
DELKONKLUSION	215
KAPITEL 9: AFHANDLINGENS HOVEDKONKLUSIONER	217

INDLEDNING.....	217
HOVEDPUNKTER OG IMPLIKATIONER.....	218
<i>Konstruktioner af koordinatorrollen udviklet gennem afhandlingen</i>	222
REFLEKSIONER PÅ TVÆRS AF DE TEORETISKE BUD	224
<i>Forløbskoordinatoren i relation til struktur og idé</i>	225
<i>To modsatrettede syn på forløbskoordinatorens rolle og funktion</i>	225
<i>Specialist eller lappeløsning?</i>	227
<i>Et kombinationsperspektiv - 'boundary spanneren' som frontmedarbejder</i> .	228
<i>Et forandringsperspektiv</i>	230
AFHANDLINGENS AFSLUTNING.....	231
RESUMÉ	233
ENGLISH SUMMARY.....	235
LITTERATUR	239
BILAG	251

OVERSIGT OVER FIGURER

Figur 1: Tegningen 'En familie'

Figur 2: Tegningen 'Æbletræet'

Figur 3: Tegningen 'Edderkoppen'

Figur 4: Tegningen 'Vandkanden'

Figur 5: Tegningen 'Patienten i centrum'

Figur 6: Tegningen 'Forløbskoordinatoren'

Figur 7: Tegningen 'Usynlig samarbejdspartner'

Figur 8: Tegningen 'Etablering af en udskrivningsmodel på sygehuset'

Figur 9: Tegningen 'Forløbskoordinatoren – blæksprutte eller spøgelse?'

Figur 10: Tegningen 'Forløbskoordinatoren – patientens GPS'

Figur 11: Tegningen 'Den kaotiske kompleksitet'

Figur 12: Tegningen 'Ischæmisk hjerterehabilitering'

Figur 13: Illustration af frontpersonale i krydspres

Figur 14: Illustration af koordinatorens forestilling om et 'menneskeforhold'

Figur 15: Forløbskoordinatoren som særlig frontmedarbejder

Figur 16: Faktorer af betydning for frontmedarbejderadfærd

Figur 17: Tolkning af udtryksmåder om forløbskoordinatoren og opfattelser af rolle og funktion

Figur 18: Koordinatorernes forbedringsforslag samt forskerens tolkning af den ideelle koordinatorrolle på baggrund af forslagene

Figur 19: Forholdet mellem rolledannelse og rollehåndtering

Figur 20: Forholdet mellem koordinatorrolle og -identitet

Figur 21: Forskerens tolkning af forløbskoordinatorens rolle og funktion ud fra Jensens og Sørensens model.

Figur 22: Samarbejdspartners ønskelister og forskerens tolkning af koordinatorernes ønsker

Figur 23: Forholdet mellem struktur, aktør og idé

Figur 24: Kombinationsperspektiv af 'rolle – 'boundary spanner' – frontmedarbejder'

DEL 1: UDGANGSPUNKTER OG PROBLEMFELTER

KAPITEL 1: FORLØBSKOORDINATORER I FOKUS

Indledning

"Med de såkaldte forløbskoordinatorer er der virkelig noget at hente, for de skal sikre, at patienterne bliver samlet godt og rigtigt op undervejs, så den ene hånd hele tiden ved, hvad den anden gør" (Tidligere sundhedsminister Bertel Haarder i Netavisen Altinget den 8. april 2011)

Denne afhandling undersøger forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. I citatet udtrykkes, hvorledes koordinatoren af nogle er blevet tildelt en nøglerolle i forhold til at sikre borgere med kroniske lidelser en sammenhæng i deres kontakter til sundhedsvæsenets parter. Sundhedsstyrelsen er eksempelvis indenfor den seneste tiårsperiode kommet med anbefalinger til forløbskoordinatorfunktioner, og der er ligeledes blevet tildelt ministerielle puljemidler til forløbskoordinatorer, begge dele vil jeg uddybe i afhandlingen. Men citatet kan meget passende danne udgangspunkt for min undersøgelse, idet det ikke er alle, der knytter disse positive konnotationer til funktionen. Der er eksempelvis blevet sat spørgsmålstejn ved forløbskoordinatorens rækkevidde på tværs i sundhedsvæsenet (Hansen & Jørgensen 2009) såvel som ved konsekvenserne af funktionens diffuse karakter.

Det er i dette skisma mellem optimistiske og skeptiske positioner, at jeg indskrifter ph.d.-undersøgelsen. Forløbskoordinatoren er på den ene side blevet tildelt en nøglerolle, men der findes på den anden side kun få studier med beskrivelse og analyse af koordinatoren som empirisk fænomen, set ud fra koordinatorernes erfaringer og samarbejdspartneres opfattelse af rollen og funktionen. Afhandlingen bidrager med viden til et underbelyst område ved, for det første at give forløbskoordinatoren en stemme, og ligeledes at inddrage koordinatorens potentielle samarbejdspartneres 'stemmer'. For det andet gives tre teoretiske blikke, hvilke tilsammen bidrager til yderligere forståelse.

Debatten om det fragmenterede sundhedsvæsen er langt fra ny, idet problemer med at skabe sammenhæng har været diskuteret i årtier (Seemann & Gustafsson 2016). I en samfundsmæssig kontekst kan problematikken blandt andet og især relateres til en generel forvaltningspolitisk dagsorden om behovet for mere

tværgående samarbejde med vægt på flere integrerede indsatser (Sørensen & Torfing 2005, Andersen et al. 2012). Fra slutningen af 1970'erne/begyndelsen af 1980'erne har dansk såvel som international forvaltning af den offentlige sektor været domineret af en reformbevægelse under navnet 'New Public Management' (NPM). Betegnelsen kan, ifølge Hansen et al. (2012), tilskrives den britiske forsker Christopher Hood (Hood 1991). Hensigten med NPM har været at bremse en 'løbsk' offentlig sektor, hvor det offentliges monopol på fx sundhedsydelse hævdedes at have gjort sundhedsvæsenet for dyrt såvel som for ringe. Man ønskede at rodfæste en markedstankegang med øget konkurrence og borgeren som 'kunde'. Inspirationen fra den private sektor har ført til en bedre offentlig ledelse, idet man er blevet bedre til eksempelvis at sætte klare målsætninger, at evaluere systematisk på disse samt efterfølgende at anvende best practices. Aktuelt er der dog stor debat om NPM, idet der har vist sig at være grænser for, hvor langt man kan nå med NPM inspirerede innovative løsninger. Dertil kommer, at NPM som styringsparadigme har medført et sundhedsvæsen præget af utilsigtede virkninger som silotænkning, suboptimering og mistillid mellem parterne (Torfing 2013). Dette giver udfordringer i løsningen af problemer, som går på tværs, og mange ser derfor gerne styring i hierarkier suppleret af et fokus på horisontale koordinationsmekanismer og nye samarbejdsformer (Andersen et al. 2012, Torfing et al. 2012:13-17). Op gennem 1990'erne opstod en bevægelse, betegnet New Public Governance (NPG), som kom til at udfordre og sameksistere med NPM. NPG tager i højere grad end NPM fat på et interorganisatorisk samarbejde og den nævnte styring i hierarkier suppleres af netværkstilgange. I forlængelse heraf opfordres til en større inddragelse af det operationelle niveau, idet der lægges op til færre kontrolsystemer og mere vægt på fagprofessionel viden og engagement i samarbejdet på tværs. Sammenhængsskabende tiltag udvikles desuden ved inddragelse af patienten som ressource og medskaber af eget mere og mere komplekse forløb, hvorfor denne i mindre grad ses som en 'kunde', der aftager en vare i form af en given sundhedsydelse. Nogle forsøger i denne forbindelse at relancere begreber, eksempelvis begrebet 'samskabelse' (Torfing et al. 2016).

Samarbejde bør dog ikke forstås som det evigt saliggørende eller som et mål i sig selv. Derimod er det stadig væsentligt at forholde sig kritisk til udviklingen af samarbejde på tværs således, at man ikke fx påfører yderligere bureaukrati. I dialog med praksis opfordrer danske forvaltningsforskere til at lade valget af styringsredskaber afhænge af den type opgave, som skal løses, og i forlængelse heraf at gå ud fra en tommelfingerregel om, at: *"..myndighedsopgaver kalder på bureaukratisk styring; produktion af standardiserede offentlige goder eller ydelser kan med fordel konkurrencesættes; og løsning af komplekse problemer og udviklingsorienterede opgaver fordrer tværgående samarbejde i netværk og partnerskaber"* (Andersen et al. 2013:2). Den samfundsmæssige udfordring omkring et stigende antal ældre borgere med en eller flere kroniske lidelser

skaber netop komplekse og grænseoverskridende problemer i sundhedsvæsenet, hvilket er hensigtsmæssigt at løse gennem samarbejde på tværs, eksempelvis om udvikling og implementering af nye tiltag.

Afhandlingens forskningsinteresser og forskningsspørgsmål

Sundhedsstyrelsen har i en årrække haft et særligt fokus på indsatser for kronisk syge, bl.a. ved at understøtte udvikling, implementering og evaluering af sammenhængsskabende (forløbskoordinerende) tiltag. Der blev eksempelvis for perioden 2010-2012 afsat et millionbeløb til en forstærket indsats mod kronisk sygdom (www.sst.dk under "Kronisk sygdom"). Forløbskoordinatoren er som en del af denne indsats bl.a. blevet beskrevet som *"et proaktivt element i den fremtidige kronikerbehandling"* (Sandberg Buch 2008:3), der forventes at kunne bidrage til at skabe en mere sammenhængende og systematisk indsats over for store sygdomsgrupper som fx mennesker med diabetes, hjerte-kar-sygdomme og lungesygdommen KOL. Men hvordan koordinatoren skal kunne leve op til denne forventning er et åbent spørgsmål, hvilket ikke mindst skyldes, at definitionen på en forløbskoordinator lader til at være uklar.

Afhandlingen har til formål at undersøge forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejde på tværs af sektorer, med hvilket jeg vælger at forstå hospital, kommune og almen praksis velvidende, at dette er et simplificeret billede. Ud fra en fænomenologisk og konstruktivistisk position (hvilket jeg uddyber senere i afhandlingen) lyder det overordnede forskningsspørgsmål:

Hvorledes kan man forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer?

Betegnelsen 'forløbskoordinator' knytter sig til de øvrige betegnelser forløbskoordinering og forløbsprogram, hvilket igen er en afledt betegnelse af patientforløb. Patientforløbet kommer af, at mennesker med kroniske lidelser har blivende sygdomme, som indebærer gentagen kontakt til praktiserende læge, sygehus og kommune. De mange kontakter skal koordineres mellem de involverede parter, og der fokuseres derfor på forløbskoordinering. Forløbskoordineringen kan eksempelvis styres gennem forløbsprogrammer, som er formaliserede forsøg på at skabe en arbejdsdeling mellem tværgående parter i et patientforløb. Fokus på forløbskoordinering og udvikling af forløbsprogrammer har de senere år gennemgået en udvikling, således at man nu, i erkendelse af at der er brug for en bred vifte af involverede parter i

patientforløbet, i højere grad fokuserer på tværfagligt og tværsektorielt koordinerede indsatser frem for at tage udgangspunkt i en koordinering af primært de sundhedsfaglige indsatser. Denne udvikling kan fx ses af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en ændring af definitionen på et forløbsprogram fra 2008 og 2011 (Sundhedsstyrelsen 2008:14 og 2011:3) samt af et statusnotat fra november 2012, hvor det tværfaglige og tværsektorielle setup ses som en typisk udfordring ved udarbejdelse og etablering af forløbsprogrammer. Forløbskoordinatoren forventes at bedrive forløbskoordinering for udvalgte patienter, hvis behov ligger ud over, hvad der kan varetages af de øvrige parter. Sundhedsstyrelsen anså i 2008 en forløbskoordinator som den støtteperson, som patienten kunne have brug for til *"gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering"* (Sundhedsstyrelsen 2008:31). Begrebet er videreudviklet frem til 2012, således at den nye udgave om forløbsprogrammer for kroniske sygdomme fremhæver, at der både kan være tale om forløbskoordinering via en personificeret forløbskoordinator samt en forløbskoordinerende funktion, som fx kan placeres på forskellige organisatoriske niveauer (Sundhedsstyrelsen 2012:58). Som illustration af denne udvikling anvender Sundhedsstyrelsen i 2005 og 2008 begrebet forløbskoordinator synonymt med det engelske begreb 'case manager', mens der i 2012 insisteres på en skelnen mellem begreberne 'case coordination' og 'case manager'. 'Case coordination' udgør den forløbskoordinering, som udføres i hovedparten af patientforløbene (og er her *ikke* tiltænkt en forløbskoordinator), mens forløbskoordinatoren som case manager kan blive aktuel i en *lille* andel af forløb, for hvilke det gælder, at aktiviteterne primært foregår parallelt og med stor afhængighed mellem de involverede parter. Forløbskoordinatoren bedriver som 'case manager' 'case coordination' for denne lille gruppe af patienter. Disse patienters behov for koordinering vil afhænge af *"patienternes samlede situation og kompleksiteten af forløbet, der influeres af faktorer som fx multisygdom, funktions- og egenomsorgsevne, sårbarhed, antal involverede aktører samt indsatsernes forskelligartethed"* (Sundhedsstyrelsen 2012:59). Styrelsen antager her, at patienter i denne situation vil se forløbskoordinatoren som ombudsmand eller ambassadør (ibid.:58). Denne udlægning af sammenhængen mellem dansk og engelsk sprogbrug lader til at være samstemmende med forståelsen af 'case coordination', som den udlægges af nordiske Anderson et al. (2011). Disse betegner 'case coordination' som en samarbejdsmodel (og samarbejdsmodellen som en af flere integrationsstrategier). I modellen samarbejder organisationerne indirekte gennem en koordinator, som står for at koordinere rehabiliteringsaktiviteter for den enkelte. Koordinatoren er ofte ansat ved en af organisationerne, men fungerer som *"personal agent for the client or patient, guiding him or her through the whole rehabilitation process"* (Andersson et al. 2011:3). Derved er koordinatorens (betegnes i artiklen dels som 'case coordinator', dels som 'case manager') opgave: *"balancing the activities of the different organizations, trying to mediate a common understanding and a common plan for rehabilitation of the individual concerned"* (ibid.). Anderson et

al. præciserer dog ikke, hvorvidt 'case manageren' skal bidrage til koordinering af alle patientforløb eller, som i Sundhedsstyrelsens nyeste anbefaling, tage sig af en lille patientgruppe.

Således har internationale betegnelser inspireret til både form og indhold for forløbskoordinatoren. Baggrunden herfor skal findes i en bestemt tilgang til behandling og rehabilitering af mennesker med kroniske lidelser. Disse har ikke brug for samme støtte i kontakten med sundhedsvæsenet, og i erkendelse heraf tager den danske indsats over for mennesker med kroniske lidelser udgangspunkt i en stratificeringsmodel betegnet 'kronikermodellen', der er inspireret af den amerikanske forsikringsorganisation Kaiser Permanente. I modellen indikerer en pyramide, hvilke patienter der skal gå til hvilken sektor eller aktør, afhængig af sygdomsstadiet. Således kategoriseres patienterne i niveauer, og hovedparten befinder sig i den nederste tredjedel af pyramiden for patienter med de mindst komplekse forløb (Hjortbak & Hjortbak 2011:233-235). Frølich (2011) forklarer og sammenkæder betegnelsen forløbskoordinator med betegnelserne 'case manager' og 'care management' i Kaiser Permanente. Frølich betegner som Sundhedsstyrelsen (2012) og Anderson et al. (2011) forløbskoordinatoren som en 'case manager', som skal understøtte enkeltpersoner, og fokuserer som Sundhedsstyrelsen på den lille gruppe af meget svage patienter. I Frølichs udlægning skal forløbskoordinatoren dog ikke bedrive 'case management' (som er for en mindre del af patienter – i pyramidens midte), dette skal varetages af en sygeplejerske eller sygeplejeassistent, en farmaceut og i samarbejde med praktiserende læge eller speciallæge (2011:32).

Der fokuseres i afhandlingen på *kommunalt* forankrede forløbskoordinatorer samt enkelte delestillingsansatte mellem kommune og hospital. Dette fokus uddybes og begrundes i kapitel 2 om forskningsprocessen.

Anvendelsen af et rollebegreb i afhandlingen tages op i et senere teorikapitel (kapitel 7), men bygger primært på Berger og Luckmanns (1967) samfundsforståelse. Derudover er der i afhandlingen lavet en skelnen mellem 'rolle' og 'funktion' med henblik på nogle steder at kunne anvende begreberne hver for sig og andre steder at lade dem spille sammen. Der er primært tale om en analytisk skelnen, idet jeg ser rolle og funktion som fleksible betegnelser, der i praksis ikke kan skilles ad, men flyder ind over hinanden i deres betydning. Ordet funktion kommer af det latinske ord 'functio', hvilket er afledt af ordet 'fungi' (jf. opslag i Den Danske Ordbog, ordnet.dk). Det anvendes i forskellige sammenhænge, men jeg anvender det dels i betydningen 'at varetage' en funktion og herunder i sammensætninger som eksempelvis 'funktionsområde', 'hjelpefunktion' og 'støttefunktion'. Dels i betydningen 'at fungere', og i dette tilfælde at fungere som 'noget'. Dette noget forstår jeg som rollen, og sammenhængen mellem betegnelserne rolle og funktion er derfor den, at forløbskoordinatoren fungerer eller har en funktion som koordinator, hvor

koordinator henfører til rollen. Herved ser jeg rollebetegnelsen som det, man kunne betegne som et overbegreb i relation til begrebet funktion. Jeg anser denne forståelse som værende i tråd med afhandlingens inspirationskilder til anvendelsen af et rollebegreb, primært Berger og Luckmann (1967), men ligeledes Williams (2012), hvilke jeg anvender i to analysekapitler henholdsvis kapitel 7 og 8.

Samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, hvilket jeg ligeledes i afhandlingen betegner 'tværsektorielt samarbejde' eller 'det tværsektorielle samarbejde', vedrører forløbskoordinatorens kontakter på tværs af såvel politiske -, administrative - og ledelsesmæssige niveauer såvel som på tværs af sundhedsprofessioner og mellem enkeltpersoner i koordinatorens egen organisation eller i en anden organisation. Samarbejdet opstår for koordinatoren, når denne i sit sundhedsfaglige og organisatoriske arbejde 'bevæger sig rundt' i sundhedsvæsenet eller bliver kontaktet qua sin funktion.

Det overordnede forskningsspørgsmål er drevet af henholdsvis en empirisk og teoretisk interesse, der udmønter sig i følgende to underspørgsmål:

1. *Hvorledes opfatter forløbskoordinatorerne og deres samarbejdspartnere forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet?*

Den forskningsmæssige ambition i underspørgsmål 1 er 'at bryde empirisk nyt land', forstået på den måde, at jeg ønsker at supplere de relativt få studier, som anlægger et konstruktivistisk og fænomenologisk mikroblik på forløbskoordinatoren. Således henvender jeg mig til de mennesker, 'det hele handler om' og spørger, hvordan forløbskoordinatoren karakteriserer sig selv, og ikke mindst hvordan samarbejdspartnere karakteriserer koordinatorens rolle og funktion. Med samarbejdspartner menes bredt de hospitalsafdelinger, kommunale forvaltninger, professioner eller individuelle personer, som forløbskoordinatoren har eller kunne have et samarbejde med. Det er således en bredere betegnelse end for en konkret person. Af ressourcemæssige hensyn undersøger jeg ikke patientens perspektiv på samarbejdet, og undersøgelsen inddrager derfor heller ikke direkte denne som samarbejdspartner. Men man kan med rette problematisere, hvorvidt inddragelser fra patienterne bør indgå i datamaterialet. Diskussionen er relevant og perspektivet vigtigt. Jeg ser da også i afhandlingens første teoretiske analyseoptik (se kapitel 6) forløbskoordinatoren befinde sig i et krydspres mellem sundhedsorganisationerne og borgeren. Ligeledes skriver jeg i forordet, at hensigten med afhandlingen har været at undersøge nogle af de mekanismer, der træder i kraft i organisatoriske

sammenhænge, når nye tiltag introduceres. Man kan argumentere for, at patienten er en del af disse sammenhænge, idet denne i dag i højere grad end tidligere inddrages i eget forløb. Men jeg har dog forstået ophavet fra Kronikerenheden således, at afhandlingen skulle fokusere på forløbskoordinatoren i relation til kommune, hospital og almen praksis, og jeg har derfor valgt ikke at inddrage patienten som samarbejdspartner.

2. *Hvorledes kan tre udvalgte teoretiske optikker bidrage til yderligere at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion?*

Optikkerne i underspørgsmål 2 skal forstås som teoretiske perspektiver, med hvilke jeg ønsker at bringe teoretisk tyngde til afhandlingens konklusioner. De består af følgende elementer:

- a. Forløbskoordinatoren som en *særlig frontmedarbejder*. Her tager jeg udgangspunkt i Lipsky (2010 (1980)). Jeg ser forløbskoordinatoren agere i 'frontlinjen' i et krydspres mellem egen organisation og borgeren, men derudover ser jeg også sundhedsvæsenets kompleksitet betyde, at koordinatoren ikke bevæger sig i, hvad man kunne betegne et monolitisk system, men skal forholde sig til multiple organisatoriske virkeligheder. Dette har betydning for koordinatorens rolle og funktion og muligheden for at agere koordinerende
- b. Forløbskoordinatorrollen i et *institutionelt spændingsfelt*. Med inspiration i Berger og Luckmanns (1967 (1966)) forståelse af virkeligheden som værende samfundsskabt ser jeg koordinatore og samarbejdspartneres udsagn som udtryk for typificeringer af koordinatorrollen, dvs. som kategoriseringer, der tjener til at tilpasse koordinatoren til hver parts opfattelse af den organisatoriske struktur
- c. Forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere som *aktører i grænseflader*. I denne optik anvender jeg en forståelse af forløbskoordinatoren som en 'boundary spanner', dvs. som en medarbejder, der agerer som aktør i de organisatoriske 'mellemmrum' mellem hospital, kommune og almen praksis. 'Boundary spanneren' medvirker som koordinerende mekanisme i disse grænseflader, og jeg undersøger, i hvilket omfang forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere passer ind i dette billede.

Yderligere vedrørende begrebsanvendelse og definitioner skal det siges, at jeg anvender betegnelserne 'borger' og 'patient', hvor det passer ind i sammenhængen. Særligt omkring betegnelserne 'koordination' og 'koordinering' skal det fremhæves, at det ikke er ærindet i afhandlingen at udlægge et teoretisk defineret koordinationsbegreb. Således definerer jeg ikke skarpt, men arbejder snarere med et bredt begreb, der har til formål at favne spændvidden indenfor hvilken forløbskoordinatorerne søger at 'agere koordinerende'.

Det oprindelige udgangspunkt for undersøgelsen var koordinatorernes forståelser af egen rolle og funktion, idet få har givet disse en 'stemme' og derved belyst denne vinkel. Men jeg har i forskningsprocessen fundet det interessant ligeledes at supplere med henholdsvis udvalgte officielle dokumenter (fx Sundhedsstyrelsens hensigt med funktionen) og eksempler på tidligere studier af forløbskoordinatorers medvirken i samarbejde samt ikke mindst samarbejdspartneres forståelser. Den resterende del af dette kapitel handler derfor om forløbskoordinatoren i officielle dokumenter og tidligere studier. Det skal pointeres, at sundhedsfeltet er i stadig udvikling, hvilket betyder, at anbefalinger, lovgivning og aftaler mm. flytter sig med tiden, og således også i løbet af min ph.d.-projektperiode. Jeg er derfor bevidst om, at eksempelvis sundhedsaftalerne har et videre forløb, end hvad jeg beskriver i afhandlingen, men teksten er af ressourcemæssige hensyn ikke opdateret med de nyeste tal og aftaler. Som jeg skriver i kapitel to om forskningsprocessen, vil jeg dog hævde, at afhandlingens vidensbidrag har en rækkevidde ud over øjeblikksbilledet.

Nationalt niveau - forløbskoordinatoren i officielle dokumenter

Et stigende antal personer vil i fremtiden skulle leve med en eller flere kroniske sygdomme: *"While only a few things can be predicted with certainty, one thing that seems certain is that the future of health care will be dominated by the challenge of complex chronic disorders"* (Nolte et. al. 2008:1). En stigende del af verdens befolkning har i dag mulighed for at ændre livsvilkår og opnå en bedre levestandard. Dette er en udvikling, som øger den forventede gennemsnitlige levealder, men som samtidig eksponerer for de risikofaktorer, der kan føre til kroniske lidelser som hjerte-kar-sygdomme, diabetes og kronisk obstruktiv lungelidelse, KOL. Det vil sige primært risikofaktorer som tobak, fysisk inaktivitet, usund kost og for stort indtag af alkohol. Der ses en stigning i andelen af mennesker på verdensplan, der lever med en kronisk lidelse, og særligt ældre mennesker oplever at få mere end én lidelse. Det fremhæves, at de nationale sundhedsvæseners kan yde en stor indsats for at kontrollere sygdommene og derved forlænge liv, men at der ikke findes helbredelse for denne type lidelser. Livsstilsændringer, udviklingen i kroniske sygdomme samt sygdommenes karakter af at være kroniske har stor samfundsmæssig betydning, fordi der i kølvandet på disse ting opstår en øget efterspørgsel på

sundhedsydelse og derved et større pres på landenes sundhedssystemer. På internationalt niveau fokuseres der derfor på at udvikle og forbedre sundhedspolitiske tiltag til forebyggelse af kroniske sygdomme, ikke mindst at geare sundhedssystemerne til at arbejde med lange forløb og tværgående koordinering: *“With many health systems still largely built around an acute, episodic model of care, the challenge facing health policy-makers today is how to put in place a response that better meets the needs of people with complex chronic health problems”* (Nolte et al. 2008:2).

Danmark afspejler i store træk den internationale udvikling. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside under 'Monitorering af kronisk sygdom' fremgår det af en opgørelse fra den 31. december 2010, at 30 % af den danske befolkning over 18 år har mindst én af fem kroniske lidelser (diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, knogleskørhed og leddegigt samt psykiske sygdomme). Andelen er størst i den ældre del af befolkningen, idet 71 % af mennesker over 67 år har mindst én kronisk lidelse i forhold til 22 % for aldersgruppen 18-67 år. Ca. 400.000 personer har to eller flere kroniske sygdomme (www.sst.dk den 8. februar 2012).

Den internationale og danske bekymring afspejles i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor man i en årrække har forsøgt at håndtere udfordringerne ved flere mennesker med kroniske lidelser.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

I 'Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10' fremlægger regeringen en handleplan for otte folkesygdomme, herunder diabetes, hjerte-kar-sygdom og KOL. Disse sygdomme fremhæves, fordi det er dem, som forløbskoordinatorerne i undersøgelsen primært koncentrerer sig om. Strategiarbejdet skal danne afsæt for en udviklingsproces, hvor eksempelvis sundheds- og socialvæsenet af Sundhedsstyrelsen skal understøttes i deres ansvar for at hjælpe borgeren til at forebygge eller leve bedst muligt med langvarige sygdomme. Dette skal ske ved fx at arbejde målrettet med systematisk udvikling og koordinering af rehabiliteringstilbud på tværs af social- og sundhedssektorerne samt at indgå i støttende netværk for borgeren, hvor også pårørende og frivillige søges inddraget. Ligeledes rettes stor fokus på de praktiserende lægers betydning for forebyggelsestiltag (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002, Schiøtz et. al. 2008).

I anbefalinger fra 2005 og 2006 sættes yderligere spot på livet og arbejdet med kronisk sygdom, herunder forudsætninger for det gode patientforløb. Der anbefales en ny funktion betegnet 'case manager', som *"i en defineret periode*

forestår koordinering, fastholdelse og understøttelse af patienten i de fremskredne sygdomsstadier" (Jørgensen 2005:17). Case manageren skal understøtte særligt sårbare patienters forløb, hvilket eksempelvis indebærer at koordinere og forberede planlagte undersøgelser samt at understøtte komplekse patientforløb, hvor patienten har flere samtidige lidelser. Denne funktion skal skrives ind i formaliserede programmer for behandlingsforløbet og det organisatoriske samarbejde herom (ibid.:70-71). Det anbefales derudover *"At udvikle eksisterende funktioner i et direkte tværfagligt samarbejde mellem det regionale sundhedsvæsen ... og det kommunale sundhedsvæsen"* (Sundhedsstyrelsen 2006:13). Betegnelsen forløbskoordinator nævnes i publikationen fra 2005, nemlig på s. 15, men beskrives og anvendes ikke yderligere.

Frem til 2008 er der sket en udvikling i sprogbrugen, idet Sundhedsstyrelsen her beskriver en model for et forløbsprogram for kronisk sygdom, hvori betegnelsen forløbskoordinator indgår under punktet forløbskoordinering. Udgangspunktet er, som i de tidligere anbefalinger, at nogle patienter kan have et særligt behov for støtte, hvilket ikke kan opfyldes af den praktiserende læges tovholderfunktion, andet sundhedspersonale eller pårørende. Det anbefales derfor, at *"disse patienter tilbydes udvidet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering via tilknytning af en forløbskoordinator. Formålet med forløbskoordinering er at sikre intensiveret, personlig tilpasset støtte til patienter med svære komplekse behov"* (Sundhedsstyrelsen 2008). Tilbuddet om intensiveret støtte forstås givet ud fra en individuel vurdering af patienten og dennes behov, og henvisning til koordinatoren skal ske via praktiserende læge eller tilknyttet sundhedspersonale med ansvar for patientens behandling. Patienter kan henvises, hvis sygdommens kompleksitet eller tilstedeværelsen af flere kroniske sygdomme gør det vanskeligt for patienten at overskue behandlingsforløbet i sin helhed. Nogle patienter kan ligeledes være særligt sårbare grundet få personlige og sociale ressourcer eller manglende sygdomsforståelse. Herved forringes deres evne til egenomsorg, og de får brug for særlig støtte i forhold til deres sygdom(me) og livet med sygdommen(e). Der lægges op til, at forløbskoordinatoren skal være en gennemgående figur i patientens forløb både i akutte og stabile perioder, samt at vedkommende skal bidrage til at koordinere den tværfaglige og tværsektorielle indsats, herunder at sikre opfølgning og justering af de initiativer, der laves. Koordinatoren tiltænkes ligeledes en formidlende rolle i forhold til relevante parter, når patienten overgår fra én sundhedsaktør til en anden. Sidst men ikke mindst skal koordinatoren støtte op om udviklingen af patientens evne til egenomsorg. Forløbskoordinatoren kan være forankret i kommunen, almen praksis eller i sygehusvæsenet, og de lokale tilbud om forløbskoordinering kan udformes forskelligt. Tilbuddet kan bestå i en ny funktion, men kan også lægges oven på allerede eksisterende funktioner. Afgørende er, ifølge rapporten, at der sker en understøttelse af den enkelte patient, samtidig med at ressourceforbruget

holdes på et hensigtsmæssigt niveau (Sundhedsstyrelsen 2008:31-32). Forløbskoordinatoren betragtes her som synonym for case manager-terminen, uden at Sundhedsstyrelsen dog kommenterer, hvorvidt hensigten og mulighederne for en forløbskoordinator er de samme, som i 2005 og 2006 gjorde sig gældende for en case manager.

Sundhedsstyrelsen bygger i en nyere udgave videre på 2008-anbefalingerne for det generelle forløbsprogram, herunder også med omtale af forløbskoordinatorfunktionen som en mulig del af forløbskoordinering. Der lægges vægt på, at det er en særlig, afgrænset gruppe af patienter, der vil have brug for en forløbskoordinator til at forestå forløbskoordineringen (Sundhedsstyrelsen 2012:19,40). Det pointeres, at forløbskoordinering kan varetages på mange måder, hvoraf den personificerede forløbskoordinator er én mulig tilgang (ibid.:58). Styrelsen lægger desuden vægt på, at foruden koordinatorens opgaver skal ikke mindst beføjelser og krav til kompetencer fastlægges (ibid.:59-61). Sundhedsstyrelsen hævder her også, at koordinering kan være både formel i form af nedskrevne procedurer og uformel med karakter af en implicit praksis, og der gives eksempler på forskellige typer koordinationspraksis, hvoraf 'den samarbejdende koordination' kunne involvere en forløbskoordinator. Her er styrelsen inspireret af en rapport fra et konsulentfirma med erfaringsopsamling omkring forløbskoordinering og forløbskoordinatorer (Implement 2011:8-9). Samarbejdende koordination bygger i væsentlig grad på samarbejde ud fra et netværk af personlige relationer og hævdes i rapporten at have den mulige svaghed, at den risikerer at blive for personafhængig, og som følge heraf kommer til at fungere bedst inden for mindre og i forvejen kendte enheder.

Ovenstående gennemgang peger på, at der i sundheds- og samfundsdiskurser menes at være et reelt behov for at gøre en ekstra indsats for et stigende antal mennesker med kroniske lidelser. Man har over en længere årrække udført et politisk og administrativt arbejde med henblik på at 'geare' sundhedsvæsenet til denne opgave. Nedenstående afsnit peger på, at forløbskoordinatoren enkelte steder tænkes ind i denne sammenhæng som en koordinerende, sammenhængsskabende og understøttende person.

Lovgivning og udmøntning

Tallene fra WHO (Nolte et al. 2008) og Sundhedsstyrelsens anbefalinger har bevirket et øget politisk fokus på udfordringerne ved flere kroniske syge mennesker. Sundhedslovens § 205 under kapitel 62 om samarbejde, afsnit XV vedrørende samarbejde og planlægning fastslår derfor på denne baggrund:

"Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte. Stk. 3. Aftaler vedrørende indsatsområder, som er omfattet af de af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsatte regler efter stk. 2, indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse" (LBK nr. 913 af 13/7/2010).

Ifølge sundhedsloven skal regioner og kommuner indgå formaliserede aftaler om, hvordan det tværsektorielle samarbejde organiseres. Hver region er forpligtet til at indgå en generel aftale med alle kommuner i regionen og skal derudover lave lokale aftaler med hver enkelt kommune. Sundhedsstyrelsen er bestemt til at skulle godkende hver enkelt aftale. Sundhedsaftalerne blev etableret i kølvandet på strukturreformen i 2007 og er med til at sikre fokus på tværgående aktiviteter: *"Sundhedsaftaler beskriver det formaliserede og forpligtende samarbejde mellem region og kommune og redegør for parternes fælles ansvar for at sikre, at specifikke opgaver på sundhedsområdet bliver varetaget"* (Hjortbak & Hjortbak 2011:243). Aftalerne består således af obligatoriske områder, hvor parterne er forpligtet på at lave aftaler: det gælder eksempelvis omkring indlæggelse og udskrivning samt sundhedsfremme og forebyggelse. Desuden er det muligt for parterne at indgå frivillige aftaler. Der er krav om, at aftalerne skal indeholde bestemte hovedtemaer, fx vedrørende koordinering, planlægning, styring, kvalitetssikring og opfølgning. Sundhedsaftalerne revideres løbende og minimum hvert fjerde år i takt med hver kommunal valgperiode. Herved bliver de med tiden bedre tilpasset den praktiske virkelighed i sundhedsorganisationerne (ibid.:243-248, BEK nr. 778 af 13/08/2009). Som det fremgår af bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er det et nedsat sundhedskoordinationsudvalg, der skal udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftalerne. I udvalget skal både regionen, kommunerne i regionen og almen praksis være repræsenteret.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, der uddyber sundhedsloven og bekendtgørelsen. Heri gives en uddybet beskrivelse af udvalg og aftaler, som kan være til gavn i tilrettelæggelsen af aftalerne og de konkrete opgaver, der følger for region og kommuner. Desuden angives procedurer for styrelsens godkendelse af aftalerne. Der tales derfor til et politisk, administrativt niveau i alle organisationer.

I vejledningen fremgår i øvrigt, at sundhedsaftalen dels er en politisk aftale, dels en administrativ aftale. Der udstikkes både rammer og målsætninger på overordnede områder og for det konkrete tværorganisatoriske samarbejde inden for hvert enkelt overordnet område. Fx uddybes under indsatsområdet for forebyggelse og sundhedsfremme: *"I forhold til de enkelte patienter med et*

konstateret behov for forebyggelse, skal aftalen medvirke til at sikre koordinering af indsatsen, herunder at patienter med kronisk sygdom har let adgang til relevante aktører og tilbud om sammenhængende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser svarende til det vurderede behov” (VEJ nr. 9698 af 21/08/2009). Det pointeres i vejledningen, at sundhedsaftaler laves på et eksternt niveau mellem forskellige sundhedsaktører og ikke internt på sygehuse eller i kommuner. Men der lægges vægt på, at sammenhæng i interne indsatser er væsentligt for et velfungerende eksternt samarbejde. Almen praksis er endnu ikke en direkte aftalepart, men bør ifølge vejledningen inddrages i udarbejdelse og revidering, og ikke mindst bør almen praksis’ rolle på de enkelte indsatsområder beskrives eksplicit.

Sundhedsaftalerne

Da det er forløbskoordinatorer i det nordjyske sundhedsvæsen, som jeg primært beskæftiger mig med i afhandlingen, har jeg valgt at tage udgangspunkt i denne region i min videre beskrivelse af sundhedsaftalerne. Som de øvrige generelle sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er den generelle sundhedsaftale mellem Region Nordjylland og de 11 nordjyske kommuner opdelt i en politisk aftale og en administrativ aftale, som inkluderer bilag med beskrivelse af de obligatoriske indsatsområder. Den politiske sundhedsaftale angiver en fælles vision om sammenhæng og samarbejde, og de fælles regionale og kommunale målsætninger centrerer sig om ting som opgaveoverdragelse, det gode patientforløb, det nære sundhedsvæsen, social ulighed samt kvalitetssikring (Region Nordjylland & KKR Nordjylland 2011). Der skrives ikke i den politiske sundhedsaftale konkret om forløbskoordinering eller forløbskoordinatorer. Derimod fremhæves en styrkelse af almen praksis’ tovholderfunktion som nødvendig.

Den administrative del af den nordjyske sundhedsaftale sammenfatter indsatsområderne, og der skrives eksempelvis i sundhedsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb: *”Kommunikationen mellem de relevante aktører skal være effektiv. Det er derfor aftalt, at kommunikationen om udskrivning mellem sygehus og kommune indledes ved forundersøgelsen for planlagte indlæggelsesforløb og ved indlæggelsen for akutte indlæggelsesforløb. Planlægningen af udskrivningen begynder således senest ved indlæggelsen”* (Region Nordjylland & KKR Nordjylland 2011:21). Der er således tilsyneladende et stort fokus på sammenhæng og ’gode overgange’, men heller ikke her skrives konkret om forløbskoordinering og forløbskoordinatorer.

De bilaterale aftaler mellem Region Nordjylland og de 11 nordjyske kommuner supplerer den generelle sundhedsaftale og giver et mere detaljeret indblik i de

lokale aktiviteter og tiltag, primært inden for indsatsområderne indlæggelse- og udskrivningsforløb, forebyggelse og sundhedsfremme samt sundhedsaftale for mennesker med sindslidelser. I Hjørring Kommune har man fx indgået en aftale med regionen omkring fremskudt visitation af kommunale medarbejdere på Sygehus Vendsyssel. I Thisted Kommune det samme, men blot på Sygehus Thy-Mors. Brønderslev, Frederikshavn og Mariagerfjord Kommuner har ligeledes udvist interesse for fremskudt visitation. Vesthimmerlands Kommune fremhæver videokonferencer som alternativ til fremskudt visitation. I Aalborg Kommune har man oprettet en udskrivningsenhed for medicinske patienter med kommunale udskrivningskoordinatorer placeret på Aalborg Sygehus. Desuden har man siden 2006 haft en delestillingsansat sygeplejerske på KOL-området, der har haft en halv stilling i et sundhedscenter under Aalborg Kommune og en halv stilling på Lungemedicinsk Afdeling på Aalborg Sygehus. Også i sundhedsaftalen for Jammerbugt Kommune beskriver man vellykkede delestillingskoncepter bl.a. for KOL- og hjerte-kar-sygdomme. Sundhedsaftalen for Rebild Kommune er den eneste aftale, hvori et konkret tilbud om forløbskoordinering og forløbskoordinator beskrives. I aftalen for Læsø Kommune udtrykkes ønske om at få den praktiserende læges tovholderfunktion samt forløbskoordinatorrollen konkretiseret (www.sundhedsaftaler.rn.dk).

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har desuden indgået sygdomsspecifikke sundhedsaftaler – det, der i andre regioner betegnes forløbsprogrammer – på en række kroniske sygdomsområder, herunder for type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og KOL. Sundhedsstyrelsen skriver om forløbsprogrammer: *"Forløbsprogrammet skal fastlægge: 1. Kriterier for henvisning til forløbskoordinering. 2. Hvordan det sikres, at relevante patienter får tilbud om supplerende intensiveret støtte via en forløbskoordinator"* (Sundhedsstyrelsen 2008:32). Dog vægtes disse punkter ikke lige højt i de sygdomsspecifikke aftaler for type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og KOL. I aftalen for diabetes fremgår betegnelserne forløbskoordinering og forløbskoordinator ikke, i aftalen for hjerte-kar-sygdomme afventer man nærmere analyse af et kronikerpuljeprojekt, mens der i aftalen for KOL foreligger mere information. Her ønsker man at tilbyde en forløbskoordinator til patienter med meget svær KOL, som ikke selv kan tage hånd om deres rehabilitering. I relation til kompetencer skal forløbskoordinatoren have specialviden om KOL-sygdommen. Vedkommende er som udgangspunkt forankret i sekundærsektoren, men kan også være forankret i kommunen. Regionen eller kommunen har ifølge aftalen for KOL ansvaret for at stille en forløbskoordinator til rådighed. Der henvises til Sundhedsstyrelsens beskrivelse af arbejdsopgaver for en forløbskoordinator, og derudover skal det aftales nærmere, hvorvidt opfølgning kan overgå til en eksisterende samarbejdsordning, samt hvorledes rammerne for telefonisk kontakt til forløbskoordinatoren skal ske ved eventuelle problemer eller forværring i sygdommen (Sygdomsspecifikke sygdomsaftaler i Region Nordjylland). Her skal det igen understreges, at jeg har

kigget på den generation af aftaler, som var gældende på undersøgelsestidspunktet.

Sundhedsstyrelsens evaluering af første version af de generelle sundhedsaftaler (aftaler som løb frem til 1. januar 2011) retter fokus på implementering af initiativer under indsatsområderne og på at understøtte det opfølgende udviklingsarbejde med sundhedsaftalerne (Sundhedsstyrelsen 2011). Styrelsen påpeger, at det er væsentligt, at sundhedsaftalerne udvikler sig i takt med udviklingen i regioner og kommuner, og hertil gives en række anbefalinger til fremtidige fokuspunkter. Der peges eksempelvis på behovet for at inddrage almen praksis mere i det tværsektorielle samarbejde samt på et behov for større integration af aktiviteter. Sidstnævnte handler om, at aktiviteter i kommunen, på sygehuset og i almen praksis ofte forløber sideløbende (patienten kan fx være i et ambulant forløb og samtidig modtage kommunal rehabilitering og have kontakt til egen læge), men ikke tænkes som sådan. Der tænkes oftest i en traditionel 'stafetmodel', hvor aktiviteterne afløser hinanden (ibid.:14). Et andet eksempel handler om at konkretisere arbejdet med at mindske social ulighed, og her peger Sundhedsstyrelsen på, at parterne må inddrage indsatser, der inkluderer andre velfærdsområder end sundhedsvæsenet (ibid.:17-18). På dette generelle niveau af sundhedsaftalerne er forløbskoordinatorer ikke nævnt.

Opsummering

Jeg indledte afhandlingens kapitel 1 med et citat, hvor en tidligere sundhedsminister udtrykker store forhåbninger til forløbskoordinatoren som den person, der skal støtte patienten i hele dennes forløb og ligeledes bidrage til, at de sundhedsprofessionelle får skabt gode overgange. Er der efter afhandlingens gennemgang af de officielle dokumenter grund til at bibeholde disse forhåbninger? Hertil kan man sige, at muligheden for at oprette forløbskoordinatorfunktioner eksisterer, men Sundhedsstyrelsen anbefaler nu forløbskoordinerende aktivitet bredt og fokuserer ikke længere i så høj grad på enkeltpersoner som forløbskoordinatorer. Forløbskoordinatorfunktionen fremgår ikke af de konkrete udmøntninger af anbefalingerne, jf. de generelle sundhedsaftaler, og optræder heller ikke konsistent i de lokale (bilaterale) aftaler. Således har nogle kommuner og hospitaler ønsket at oprette koordinatorfunktioner, mens andre har afstået fra at gøre dette.

Lokalt niveau - studier af sammenhængsskabende interventioner

Begrundelse for at give eksempler på empirisk forskning

Forløbskoordinatoren er en formbar størrelse, men samtidig en potentiel usikker position. I de følgende afsnit giver jeg eksempler på empirisk forskning, der har fokus på lignende sammenhængsskabende mekanismer, og såvel indhold som det koordinerende potentiale i funktionerne præsenteres. Der er flere årsager til at inddrage disse studier i afhandlingen:

For det første er det oplagt i indledningen til en undersøgelse at søge at indleve sig i feltet, det vil sige at undersøge, hvad der er skrevet, sagt og gjort om det forskningsområde, som man er på vej til at betræde. Herved banes vejen for forskningsspørgsmålene med indsnævring af genstandsfeltet. For det andet giver eksemplerne en viden på forhånd om informanternes verden, herunder muligheder og udfordringer, de kan have i deres funktion. Denne viden er værdifuld i forberedelse af interviews, indsamling af data og efterfølgende analyse. For det tredje har hensigten været at have andre undersøgelser at spille 'bold opad', og jeg bringer derfor pointer fra studierne ind i afhandlingen, hvor de er relevante, og særligt i begyndelsen til del 3, s.127-132.

Indlevelsen i feltet har tydeliggjort, at forløbskoordinatorens rolle og funktion ikke er entydig eller klart defineret hverken i international, skandinavisk eller dansk forskning. I hovedtræk peger studierne på, at koordinatorrollen defineres og emergerer i det lokale, med hvilket man kan forstå, at der overordnet eksisterer fællestræk mellem koordinationsmodellerne samtidig med en tilpasningsproces til lokale forhold. Med afhandlingens undersøgelse bidrager jeg til vidensproduktion ved at søge at skabe en større forståelse for koordinatorernes funktion og deres rolle i et potentielt tværsektorielt samarbejde.

Jeg redegør i kapitel 2, s.91-94 for litteratursøgningsprocessen, herunder for afgrænsningen af den meget brede søgning til de få studier, som er inddraget i afhandlingen, og som præsenteres i dette afsnit. Her skal derfor blot siges, at jeg ikke har inkluderet tekster, som viste sig at have et andet fokus, som eksempelvis effektstudier, studier med fokus på at diskutere antallet af patientsager for koordinatoren eller studier, der udelukkende tager et patientperspektiv. Desuden var der studier af rent internt koordinerende aktivitet. Samlet er sådanne studier interessante, men dog for langt væk fra hensigten med deres inddragelse. Derudover viste mange artikler sig at være for overordnede og generelle til at kunne anvendes som eksempler på konkrete studier af sammenhængsskabende indsatser. Enkelte af disse artikler har i stedet fundet anvendelse et andet sted i afhandlingen. I processen med afgrænsning er der desuden fundet overlap, hvor nogle artikler viste sig at være gengangere fra søgninger i de forskellige databaser.

Jeg kunne have valgt ikke at redegøre for hvert enkelt af de valgte studier, men fordelene ved denne fremstillingsmåde er, at den empiriske forskning, som går forud for og foregår parallelt med afhandlingen, indledningsvist bliver præsenteret. Jeg beskriver vilkår, opbygning og målsætning for projekterne samt muligheder og udfordringer. Herved bidrager kendskabet til implementering af øvrige komplekse interventioner til genkendelighed i forhold til den virkelighed, som møder forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere i nærværende undersøgelse. Andetsteds i afhandlingen, i indgangen til analysedel 3, anvender jeg dette kendskab til problematikker i andre projekter i Danmark og udlandet til at understøtte og diskutere afhandlingens empiriske analyser.

Eksemplernes videnskabelige status

Der er forskel i det videnskabelige niveau og dermed i udsigelseskraft af de empiriske studier, som jeg refererer til. Afgangsprojekter fra kandidat- og masteruddannelser er mindre underbyggede og begrænsede i deres vidensgrundlag end videnskabelige artikler, der er peer reviewede og således informerede af et forskercommunity. Med dette in mente samt i betragtning af, at der er lavet relativt få studier indenfor det forholdsvis snævre fokus på forløbskoordinatorer, er videnskabelige artikler såvel som specialer dog alle relevante og interessante kilder til viden, som kan inspirere og kvalificere ph.d.-undersøgelsen. Ingen af de ikke peer reviewede tekster går imod budskaberne i de artikler, der har et højere videnskabeligt niveau, derimod supplerer og støtter de op om pointer, og de er derved med til at berige og underbygge de peer reviewede artikler.

Internationale studier

Sygeplejersker i koordinerende funktioner

Internationalt koncentrerer en væsentlig del af de studier, jeg har søgt ud, sig om at undersøge sygeplejersker i koordinerende funktioner (i litteraturen bredt betegnet 'nurse case management'). Dette gælder i lande som fx USA, Storbritannien, Canada og Australien. Appellen lyder fra Shelton, at sygeplejersker skal bidrage til at udforske: "...the care coordination 'black box'" (2014:95). Den demografiske udvikling i landene og et sygdomsbillede med flere ældre med en eller flere kroniske lidelser gør, at man (trods forskelle i sundhedsvæsenet) ser et generelt øget fokus på lokale løsningsmodeller med henblik på at mindske antallet af dyre hospitalsindlæggelser. Studierne kan inddeles i tre grupper af hensyn til overskueligheden.

- a. I Storbritannien er der eksempler på evalueringer af implementeringsprocesser vedrørende et nationalt foranstaltet initiativ fra 2007-2008 med introduktion af erfarne sygeplejersker i lokalområderne, betegnet 'community matrons' (Drennan et al. 2011 og Bentley 2014). Hensigten med disse erfarne sygeplejersker var, at de skulle udgøre en central ny rolle, og deres funktion implementeres i den eksisterende lokale organisering omkring mennesker med kroniske lidelser med behov for serviceydelser og i særlig risiko for hospitalsindlæggelse. Der blev fra officielt hold tilskrevet væsentlige faglige, organisatoriske og kvalitetssikrende elementer til rollen, hvilke Drennan et al. har søgt at samle i en tabel (2011;2949). I tabellen lægges vægt på ting som sygeplejerskens ansvar for at:

- nå de rigtige patienter
- arbejde med et bredt omsorgsbegreb
- tilbyde sin kliniske faglighed såvel som viden om forebyggelse
- koordinere og integrere interesser, herunder at skabe gennemsigtighed og synlighed for patienter og pårørende samt at besidde en position i relation til samarbejdspartnerne, som signalerer en nøglefunktion på tværs for særligt sårbare patienter

Den nye funktion vandt dog langt fra indpas i alle dele af landet, og ifølge Drennan et al. (2011) er der flere årsager hertil. I deres analyse bevæger de sig på flere niveauer, herunder et makro (nationalt) - og et mikro (lokalt) niveau. På makro niveauet blev den nye sygeplejerskepost fremstillet som central for indfrielse af politiske ambitioner for kronisk syge og samtidig som en central figur i det praktiske arbejde for at nå en vanskelig gruppe af patienter. Drennan et al. peger på, at finansieringen af den nye jobfunktion dog ikke blev specificeret i de officielle dokumenter, og i løbet af de efterfølgende år nedtonedes forventningerne, hvorefter modellen mistede sin forrang. Dette er ikke ulig udviklingen omkring forløbskoordinatorer i Danmark, hvilket jeg har beskrevet tidligere i afhandlingen. På et mikro niveau fik sygeplejerskerne en blandet modtagelse blandt andre grupper af fagprofessionelle, eksempelvis blandt hovedparten af de praktiserende læger, idet hovedparten var bekymrede for, hvorledes sygeplejerskerne ville kunne tilpasses den eksisterende praksis omkring patientforløbene. Andre muligheder blev fremhævet som mere fordelagtige løsningsmodeller (2011;2953-2954). Herved er analysen overordnet ikke et udtryk for 'modstand for modstandens skyld' mod politisk initierede forandringstiltag, men snarere, at lokale logikker i mange tilfælde har taget over og sat deres præg på den endelige udmøntning (ibid;2955).

Hvor Drennan et al. (2011) peger på et generelt behov for at undersøge lokale forudsætninger forud for implementering af nye arbejdsfunktioner,

herunder nye sygeplejerskepositioner, er Bentley (2014) mere optimistisk omkring 'community matron' - modellen. Bentley hævder, at der med en aldrende britisk befolkning samt et skift i fokus fra hospital til det primære sundhedsvæsen, netop vil blive brug for den nye rolle, som de erfarne sygeplejersker indtager. Derfor vil det give mening at undersøge, hvorledes denne type sygeplejerske fortsat kan bidrage. Men hun medgiver, at modellen er stødt på barrierer, som må have fokus, herunder modstand og skepsis blandt fagprofessionelle på et lokalt niveau, manglende vedvarende opbakning fra nationalt hold samt ikke mindst en manglende erkendelse af forskelle mellem Storbritannien og USA, hvorfra modellen har hentet inspiration.

McEvoy et al. (2011) hævder, at graden af succes afhænger af koordinatorens deltagelse i tætte eller løse relationer. De mest effektive koordinatore skal findes blandt dem, der har de tætteste kollegiale relationer og er en del af et integreret netværk af forskellige fagpersoner. Koordinatoren er en del af et team, indenfor hvilket der arbejdes i samme retning. Herved risikerer koordinatoren i mindre grad at komme til at stå alene, idet successen som koordinator bliver mindre personafhængig. Ligeledes vil koordinatoren have mulighed for at anvende sin tid og ressourcer på en hensigtsmæssig måde. I løse netværk kan omgivelserne derimod opfatte koordinatorens arbejde som ugenomsigtigt, usynligt og derved irrelevant. Dette kan føre til desillusion og en tilgang, hvor koordinatoren blot forsøger at klare sig igennem.

- b. Dette leder til en diskussion af sygeplejersker og andet sundhedspersonale i koordinerende funktioner i lægepraksisser. Jeg anvender betegnelserne lægepraksis og praktiserende læge velvidende, at landene ikke er ens i deres sundhedsorganisering. Wilcox et al. undersøger i USA praktiserende lægers opfattelse af samarbejdet med case managere i en model, hvor sygeplejersker som case managere indgår som en del af det sundhedsfaglige team i lægepraksissen. Case manageren indgår i direkte kontakt med patienten og understøtter denne. Herved kommer læge og case manager til at skulle samarbejde om patienten, og case manageren vil være afhængig af lægens velvilje som den sundhedsfaglige, der kender patienten bedst. Derfor vil case managerfunktionens succes ligeledes afhænge af lægens villighed til at henvise patienter til case manageren, hvilket eksempelvis kan påvirkes af lægens opfattelse af case managerens tilgængelighed. I undersøgelsen henviser lægen patienter ved tidspres eller hvis lægen vurderer, at patienten kan have gavn af case managerens specialistviden og øvrige kompetencer. De der henvises, er patienter med få ressourcer. Eksempelvis patienter med et komplekst sygdomsbillede (herunder en eller flere kroniske sygdomme), sociale eller psykiske problemer og manglende sygdomsforståelse (2007:60). Case manageren assisterer patienten i

samarbejdet med lægen og øvrige kontakter, der kræver en koordinering, foruden hjælp til bedre sygdomsindsigt, herunder at håndtere medicin. Wilcox et al. finder dog i dette studie af praktiserende lægers syn på koordinerende sygeplejersker en forskel mellem lægerne i, hvor meget de involverer case manageren. De opererer med fire kategorier gående fra løse relationer til det, Wilcox et al. betegner som 'deep collaborators', det vil sige de læger, der samarbejder mest med case manageren. Disse læger anvender case managerens viden og kompetencer aktivt og ser en sammenhæng mellem egen og case managerens funktion. Derfor anvendes case manageren som en understøttende og kontinuerlig funktion i lægens arbejde med patienterne.

I Tyskland undersøger Olbort et al. (2009) potentialet i at lade den praktiserende læges assistent fungere som case eller care manager (betegnelserne betragtes i artiklen som synonyme). De tager udgangspunkt i, at tværfaglige teams i lægepraksisser har vist positive resultater for patienterne, men at introduktionen af nye roller er en udfordring. Dette udgangspunkt er i tråd med, hvad deres eget studie peger på, idet assistenterne tog nye opgaver til sig og udviklede en patientunderstøttende rolle. Men samtidig peger studiet på, at succes med den nye rolle afhænger af opbakning fra lægen og resten af teamet.

- c. Et australsk studie undersøger koordinerende sygeplejerskers muligheder og begrænsninger i samarbejde med praktiserende læger (Ehrlich et al. 2012b). De ønsker at undersøge, hvorledes sygeplejerskerne i et pilotstudie kan tilpasses organiseringen og de sundhedsprofessionelle relationer i almen praksis. Det vil sige, at de tager udgangspunkt i, at en ny funktion kun kan etableres, såfremt den kan tilpasses de eksisterende mekanismer. Ehrlich et al. identificerer tre hovedtemaer i sygeplejerskernes muligheder for at bidrage, disse handler om forudsætningerne for at kunne fungere i rollen, funktionen i sammenhæng med øvrige funktioner samt resultater af interventionen for dag-til-dag rutiner. De finder, at den største udfordring ligger i samarbejdsrelationerne i praksissen, og her er basis for gode relationer forståelse for hver parts tilgang til arbejdet. Derfor skal sygeplejerskerne udvikle en forståelse for almen praksis som en effektiv sundhedsvirksomhed og omvendt, skal almen praksis opnå en forståelse for værdien af koordinatorens funktion. Sundhedsteamet skal forenes i en fælles målsætning om at ville udvikle sundhedsarbejdet: *"..towards a team-based approach to care delivery and from a focus on acute, reactive, treatment room care to pro-active, ongoing care"* (Ehrlich et al. 2012b:133). Men udviklingen kommer ikke af sig selv, sygeplejerskerne skal udvikle kompetencer, som er direkte anvendelige i hverdagen på en lægeklinik, og lægerne skal opleve fordele ved samarbejdet. Sidstnævnte drejer sig især om oplevelsen af en positiv påvirkning af arbejdsbyrden, et

merudbytte for patienterne og ikke mindst, at funktionen er økonomisk bæredygtig (ibid).

Skandinavien – Norge, Sverige og Danmark

I søgningen efter eksempler på empiriske studier i Skandinavien havde jeg i første omgang fundet tretten tekster fra Norge og Sverige, som ved gennemlæsning af abstracts virkede relevante. Men nogle af disse artikler viste sig at være mere relevante andetsteds i afhandlingen eller det var studier, som beskrev den samme intervention. I forhold til det sidste har jeg herefter valgt at præsentere det studie, som bedst beskriver og dækker interventionen samt problemstillinger i implementeringen heraf.

Individuel omsorgsplan for borgere i Norge

Norge vedtog i 2001 en lov, som gav patienter ret til deres egen individuelle omsorgsplan (i artiklen betegnet 'individual care plan'), herunder til ældre mennesker med sammensatte lidelser, som kræver koordinerede indsatser. Initiativet foretoges som en top down intervention, hvilken man forventede implementeret af de lokale kommuner i fællesskab med almen praksis og sygehusene. Omsorgsplanen forventedes at dække brede felter af patientens liv såsom økonomi, helbredstilstand, sociale liv og beskæftigelse samt patientens mål og ressourcer, og den givne service. Patienten kunne forvente, at en konkret person skulle forestå koordinering af servicen. Initiativet dækkede over flere serviceområder, og kunne således indebære kontakt mellem fx sundhedsområdet, serviceområdet og beskæftigelses- og uddannelsesområdet (Bjerkkan et al 2011).

Bjerkkan et al (2011) hævder, at initiativet har manglet succes, idet der er udarbejdet langt færre planer end forventet, og de ønsker derfor et større kendskab til implementeringsprocessen. I udgangspunktet blev loven indført som et nationalt modstykke til en række af mindre vellykkede og midlertidige lokalt initierede projekter. Men man har måttet sande, at denne ambition om at integrere serviceområder og -ydelser udfordres i mødet med lokale virkeligheder af mange årsager. Bjerkkan et al (2011) forsøger at give bud herpå, hvoraf de primære bud lader til at være manglende engagement blandt de involverede parter samt manglende forståelse for betydningen af en formel organisation omkring planerne. Således viser deres analyse, at det oftest eksempelvis var sygeplejersker, der tog initiativ til individuelle omsorgsplaner, og at disse oftest endte med selv at drive processen omkring planerne uden fornøden ledelsesmæssig opbakning og styring eller nogen betydelig deltagelse fra

hospitalspersonale eller praktiserende læger. Ganske få patienter tog selv initiativ til en plan. Derudover fandt Bjerkan et al (2011), at initiativet ligeledes led under, at dette arbejde for nogle fagprofessionelle havde lavere status end kerneopgaver.

Sammenhæng i overgang fra hospital til kommune

Endnu et norsk studie beskæftiger sig med komplekse implementeringsprocesser, i dette tilfælde fokuseret på ældre patienters overgang fra hospital til kommunal hjemmepleje. Røstad et al (2015) evaluerer introduktionen af interventionen, som i artiklen betegnes 'a generic care pathway' eller Patient Trajectory for Home-dwelling elders, forkortet PaTH (ibid;2). PaTH går i korte træk ud på, at patienten følges tættere af kommune og almen praktiserende læge i perioden efter udskrivelse, herunder at sygeplejersker og evt. andet sundhedspersonale arbejder med formaliserede checklister. Overordnet peger evalueringen på, at nogle kommuner tager bedre imod PaTH'en end andre samt, at dette initiativ har implementeringsvanskeligheder, der ligner øvrige tværsektorielle projekters. Dette handler eksempelvis om, at involverede medarbejdere skal opnå at forstå deres nye funktion og kompetencer til at udfylde den, at intentionerne bag udviklingsprojekter er gode, men at ikke alle parter formår at skabe rum eller indlemme aktiviteten i en presset arbejdsdag. Ej heller føler alle parter nødvendigvis samme ansvar for egen del af projektet. I to ud af seks kommuner er der dog udviklingspotentiale i PaTH'en, idet denne bidrog som et positivt strukturerings- og koordineringsredskab og ikke mindst gav ledelsen et bedre indblik i medarbejdernes praksis. Men det pointeres, at ledelsesfokus, udholdenhed trods bump på vejen i samarbejdet på tværs samt evne til at indpasse fx udfyldelse af checklister i de eksisterende rutiner er de væsentligste faktorer for succes for PaTH'en. På denne måde opleves PaTH'en som tilførende en merværdi for medarbejdere og ledere i organisering såvel som udførelse af plejen.

Kombinationsstillingers potentiale for samarbejde

I en norsk samfundsvidenskabelig masterafhandling undersøger en studerende et samarbejdsprojekt mellem sygehus og kommune (Bendiksen 2010). Kombinationsstillinger, dvs. hospitals- og kommunalt ansat sundhedspersonale (sygepleiere), som i et halvt år deler deres tid mellem hospital og kommune, skal i dette projekt bidrage til at skabe større sammenhæng på tværs af sektorerne. De gensidige kombinationsstillinger opleves af de involverede parter primært at give et positivt udbytte i form af fx kompetenceudvikling og større forståelse parterne

imellem, men der er dog begrænsninger såvel som muligheder ved funktionerne. Analysen pointerer, at der ikke er lige stor opbakning blandt hospitalsansatte til at arbejde i kommunen som omvendt. Men hos de medarbejdere, som kommer hos hinanden, er det dog givtigt at få et indblik i en samarbejdspartners virkelighed. Derudover oplever medarbejdere fra begge sektorer udfordringer ved at have delt arbejdsplads, idet nogle bliver stressede og andre mister overblikket over arbejdet ved mindre tilstedeværelse.

Model for større sammenhæng i forløb for sårbare ældre mennesker i Sverige

Svenske forskere har studeret implementeringen af en model (i artiklen betegnet 'a continuum of care model'), som skulle sikre større sammenhæng i patientforløb blandt en gruppe af sårbare borgere (Dunér et al. 2011). I modellen danner geriatiske sygeplejersker og en kommunal case manager fra et tværfagligt team en 'kæde' af opmærksomhed på patienten med henblik på at undgå behov for genindlæggelse (ibid:3). Hensigten for forskerne har været, at analysere de væsentligste udfordringer i det tværsektorielle samarbejde.

Der peges både på ting, som kan bibringe succes i en implementeringsproces såvel som ting, der kan udgøre barrierer for samme proces. Det er en væsentlig barriere for succes, såfremt projektet ikke finder en plads i, hvad man kunne betegne som det komplekse organisatoriske landskab. Dvs. at direkte involverede såvel som indirekte involverede medarbejdere holdes informerede, at interventionen vinder positiv genklang i organisationerne blandt andet ved, at der opleves en sammenhæng til forudgående og evt. stadig igangværende øvrige projekter samt, at konkrete nye tiltag opleves at tilføre værdi til egen organisation. Case manageren blev af både kommunale som hospitalsansatte betragtet som værdifuld, idet vedkommende fx bidrog til bedre kontakt mellem den ældre og den praktiserende læge og samtidig gav det at have et ansigt på case manageren fra kommunen en større tiltro til, at den ældre kom godt på vej efter udskrivelse fra afdelingen.

Svensk studie af case managere

Gustafsson et al. (2013) beskriver et projekt med implementering af en koordineringsmodel, der inkluderer case managere, i det svenske sundhedssystem. Der er lighedspunkter mellem case managerne i denne model og de forløbskoordinatorer, som undersøges i nærværende afhandling, men der er også visse forskelle. Case managerne arbejder i en teamstruktur, og de har herigennem mulighed for at påvirke systemet på en anden og mere direkte måde, end det er

tilfældet for de koordinatore, jeg har kigget på. Case managerne er kommunalt forankrede, men selve case management-modellen er bundet op på et nyt, tværorganisatorisk og midlertidigt setup.

Forskerne har undersøgt case managernes daglige rutiner og fokuseret på deres oplevelser og erfaringer med at besidde funktionen. Analysen af det kvalitative datamateriale peger på, at case managerne i deres funktion som koordinatore overordnet oplever at være udfordret på deres professionelle identitet. Dette handler for det første om, at de skal udføre mange af de samme opgaver, men tilpasset den nye rolle. De er fortrolige med, hvordan sundhedsprofessionelle handler over for hinanden i det etablerede sundhedsvæsen, men oplever at stå i en ny position som case manager. De skal vurdere deres arbejdsgange på ny, og der skal ske en forventningsafstemning både i forhold til samarbejdspartnere og til borgeren. For det andet handler deres oplevelse om, at de forsøger at forbedre sundhedssystemet ud fra et case manager-perspektiv, og her møder de både muligheder og begrænsninger: De har adgang til et tværorganisatorisk mødeforum, hvor de kan præsentere deres egen og den ældre borgers forbedringsforslag, men oplever frustration, når de fx føler, at de ikke kan 'trænge igennem'. Det tredje forhold i undersøgelsen, som udfordrer case managerne i deres opfattelse af egen professionelle identitet, er erkendelsen af gensidig tillid som afgørende for muligheden for at agere på vegne af borgeren. Dette kan i visse situationer betyde, at case manageren undlader at agere som 'en del af systemet', fordi dette gør borgeren mere tillidsfuld. Til gengæld kan der som resultat heraf opstå udfordringer med at oppebære et mere objektivt blik på de oplysninger, som borgeren giver om sin situation.

Således konkluderer Gustafsson et al. (2013), at der er både muligheder og begrænsninger ved en case management-model, der inkluderer brug af case manager. De anerkender fordelene ved at anvende case managerens unikke position i forhold til at udpege forbedringsforslag ud fra både et borger- og systemperspektiv, men de ser ligeledes udfordringerne ved at introducere en ny funktion blandt etablerede sundhedsprofessioner. Her pointerer forskerne, at case manageren har behov for yderligere støtte i implementeringsfasen, og ikke mindst at relationen mellem case manageren som professionel og de øvrige sundhedsprofessionelle i egen og øvrige organisationer med fordel kan afklares yderligere.

Jeg vil i de følgende afsnit beskrive danske studier af tiltag til at skabe bedre sammenhæng, og jeg redegør således for, hvorledes forløbskoordinatoren i ét studie opleves som en mulig *løftestang* i et tværgående samarbejde, mens det i et andet studie fremhæves, at det ikke blot kan tages for givet, at en forløbskoordinator kan *positionere* sig efter hensigten. I forlængelse af denne anden pointe fremhæves i et tredje studie, at forløbskoordinatoren ligeledes kan

have vanskeligt ved at finde *anvendelse* som tværsektoriel koordinator og i stedet bliver udøver af *meningsskabende koordination* for den enkelte patient.

Modelprojekt i Region Syddanmark

Et modelprojekt gennemført af Region Syddanmark og det tidligere Dansk Sundhedsinstitut, der nu er en del af KORA, har fokuseret på udvikling af forløbskoordinering ved forløbskoordinatorer på kronikerområdet samt på efterfølgende at evaluere de høstede erfaringer. Modelprojektet er et rammeprojekt med regional fundering og et antal tilknyttede delprojekter (Sandberg Buch 2012). Evalueringsrapporten konkluderer, at forløbskoordinatorer kan fungere som løftestænger for et tværsektorielt samarbejde, såfremt visse ting imødekommes. For det første er positive relationer mellem aktørerne nødvendige, herunder at der foreligger fælles mål, videndeling og gensidig tillid mellem parterne. Derfor er relationsarbejde af væsentlig betydning (ibid.:75), og konkret lyder der et forslag om eksempelvis 'fælles skolebænk'. Ligeledes er udveksling af viden om sundheds- og rehabiliteringstilbud af betydning for at undgå 'konkurrerende tilbud' mellem sygehuse og kommuner (ibid.:48). For de praktiserende læger har dette eksempelvis handlet om at opnå et øget kendskab til kommunale sundhedstilbud for derigennem at tilegne sig et grundlag at vægte tilbuddenes kvalitet ud fra (ibid.:49). For det andet skal mulighederne for optimal kommunikation være til stede i form af struktur på kommunikationen og veludviklede it-systemer og her ikke mindst smidige, ikke tidskrævende kommunikationsveje for de praktiserende læger (ibid.:80). Som det tredje fremhæver rapporten, at mere koordinationsspecifikke forhold ligeledes er vigtige. Det drejer sig eksempelvis om tilstedeværelse af hensigtsmæssige redskaber til udvælgelse af patienter med det største behov, om at forløbskoordinatorerne selv skal have mulighed for at få støtte i deres funktion, samt at der på hver side af sektorgrænserne skal være personer, som kan tage sig af patienten, når behovet opstår (ibid.:6). Eksempelvis har forløbskoordinatorer, der er forankret i sygehusregi, vanskeligt ved at hjælpe patienter med misbrugs-, sociale eller økonomiske problemstillinger, såfremt de ikke selv besidder kompetencerne og ikke kan overdrage patienten eller viden om patienten til konkrete personer i primærsektoren. Her er der således et specifikt behov for at forbedre relationerne mellem primær og sekundær sektor, og for at koordinatorfunktionen løftes fra at have karakter af problemløsning til i højere grad at optræde som patientens stifinder i sundhedssystemet og det øvrige velfærdssystem – heraf metaforen 'patientens GPS' (ibid.:8,79).

Erfaringerne fra modelprojektet i Region Syddanmark viser desuden, at etablering af lokale forløbsledelser, hvor relevante ledere fra både kommuner og sygehuse indgik, har haft afgørende betydning for forløbskoordinatorernes

arbejdsvilkår, herunder *"forløbskoordinatorernes handlemuligheder og oplevelse af, at der var opbakning til deres funktion"* (Sandberg Buch 2012:7). I tillæg har disse tværsektorielle projektgrupper på længere sigt resulteret i etablering af robuste netværk, hvor både formelle og uformelle samarbejdsrelationer er styrket. Yderligere har flere af projekterne haft en fordel af at have forløbskoordinatorfunktioner forankret i ansvarlige teams integreret i den daglige drift, efter det første udviklingsarbejde var på plads. Ved integrering i driftsrutiner sikres forløbskoordinatorfunktionen på længere sigt, ikke mindst fordi den ikke længere i samme grad er personafhængig. Teamstrukturen og integreringen i driftsrutiner har i dette modelprojekt været medvirkende årsager til, at alle delprojekter har kunnet videreføres efter endt projektperiode. Selve teamsammensætningen hævdes at have væsentlig betydning for både implementering og fastholdelse af forløbskoordineringen i den praktiske virkelighed i sundhedsvæsenet, og her fremhæves som nævnt tværgående ledelsesmæssig opbakning som en forudsætning, og særligt forankring hos de specialeansvarlige læger på sygehusene er af afgørende betydning for både udvikling og fastholdelse af indsatsen (ibid.:84). Derudover har det været en fordel for projektet og en støtte for forløbskoordinatoren de steder, hvor der har været allokeret midler til sekretærbistand til at løse tværsektorielle kommunikationsopgaver, journalføring, udsendelse af dagsordener og referat af møder etc. (ibid.:65).

Evalueringsrapporten pointerer dog afsluttende, at mange af de etablerede tværgående netværk er lokale, samt at det har været ressourcekrævende at udvikle disse (ibid.:83). Desuden konkluderer rapporten, at *"jo større et spektrum af indsatser, der ønskes koordineret, desto mindre egner opgaven sig til at blive varetaget af koordinatore, der støtter individuelle patienter"* (Sandberg Buch 2012:83).

Kræftrehabiliteringsprojekt i Aalborg Kommune

Aalborg Kommune har mellem 2007 og 2009 gennemført et kræftrehabiliteringsprojekt, som skulle give kræftramte borgere større helhed i rehabiliteringsindsatsen, fordi indsatsen blev kombineret med et fokus på afklaring i forhold til arbejdsmarkedet. Kommune, sygehus, almen praksis samt Kræftens Bekæmpelse deltog i projektet, og der blev oprettet et tværfagligt rehabiliteringsteam på Aalborg Sundhedscenter. Det særlige ved projektet var jobcenterets direkte involvering i rehabiliteringen, idet sygedagpengesagsbehandlingen med socialrådgiveren var flyttet ind på sundhedscenteret i projektperioden. Der var ligeledes etableret kommunalt forankrede forløbskoordinatorfunktioner, som skulle sikre den eksterne koordinering mellem de involverede parter. Hensigten var især, at koordinatoren skulle tage kontakt til

patienten allerede ved diagnosetidspunktet, og sygehusets rolle i projektet var at skabe mulighed for denne tidlige kontakt. Projektet blev taget godt imod af såvel patienter som involverede organisationer, og en efterfølgende evaluering beskriver både positive erfaringer samt anbefalinger til ændringer eller justeringer i lignende projekter eller videreførsel af denne type rehabiliteringsforløb (Jespersen et al. 2009). Eksempelvis oplevede både team og patienter det som positivt, at teamets medlemmer fysisk var placeret samme sted. Men teammedlemmerne oplevede det dog som mindre positivt, at de ikke refererede til samme ledelse.

Trods gode hensigter fra alle sider er projektet samtidig et eksempel på, hvor svære tværsektorielle samarbejdsrelationer er at ændre på. Selv om parternes roller fra start var velbeskrevet, og fagprofessioner samt øvrige funktioner ligeledes virkede afklarede, ændrede dette sig i praksis, hvilket fik utilsigtede konsekvenser særligt for forløbskoordinatoren. Dennes udadgående funktion i forhold til sygehuset viste sig ikke mulig, hvorfor borgeren ikke fik tilbud om rehabilitering tidligt i sit behandlingsforløb. Desuden viste det sig, at det ofte var socialrådgiveren, der havde den første kontakt med borgeren efter udskrivelse og dermed kom til at udfylde en del af den funktion, som var tiltænkt forløbskoordinatoren. Forløbskoordinatoren kom derfor primært til at udfylde en internt koordinerende rolle i det tværfaglige – og primært kommunale – team. I det tværfaglige teamsamarbejde er konklusionen, at *"der kun i begrænset omfang er udviklet nye metoder og tværfaglige arbejdsrutiner"* (Jespersen et al. 2009:9). Dog fremhæves det, at der med tiden er sket tilnærmelser faggrupperne imellem, i takt med at teammedlemmerne har fået et bedre kendskab til hinandens arbejdsområder og -vilkår, samt at socialrådgiverne har opnået en større indsigt i kræftpatienters særlige udfordringer. Projektet viste også, at almen praksis ikke ændrede handlemåde, men opførte sig uændret i deres eksterne relationer. Årsager til dette har – ifølge de praktiserende læger selv – bl.a. været, at de som praktiserende læger modtager mange informationer om nye sundhedstilbud, og når kræftpatienter oven i dette ikke fylder meget antalsmæssigt i lægens praksis, før forløbet er langt fremskredet, har lægen måske været mindre opmærksom på mulighederne for sundhedstilbud til disse patienter sammenlignet med den resterende patientgruppe (ibid.:52).

Evalueringen anbefalede en afklaring af forløbskoordinatorens funktion, såfremt projektet skulle videreføres. I modsætning til den oprindelige hensigt med forløbskoordinatoren som koordinator for tværsektorielle relationer udviklede forløbskoordinatorfunktionen sig til en intern koordineringsfunktion for teamets medlemmer samt i et vist omfang til en koordineringsfunktion mellem kommunale enheder. Derfor lyder anbefalingen i evalueringen, at det overvejes, om koordinatoren skal have mulighed for både at lave sygehuskoordinering og intern koordinering i rehabiliteringsteamet, hvilket vil følge parternes oprindelige idé med forløbskoordinatorrollen. Herved vil socialrådgiverrollen skulle

afgrænses, således at man undgår store overlapninger i funktionerne. Alternativt kunne man flytte myndighedsfunktionen med dagpengesagsbehandling ud af teamet, hvilket ville give forløbskoordinatoren mere plads til at udøve sin funktion ved efterfølgende revurdering af opgaver og bemanning af teamet. Som det sidste anbefales det i evalueringen, at man overvejer en tredje model, som involverer at bevare status quo. Herved bevares socialrådgiverens opnåede position som både jobkonsulent og koordinator for patientforløbene, og forløbskoordinatorrollen vil blive udfaset.

Kommunal forløbskoordinator i hjerterehabiliteringsprojekt

Et dansk universitetsspeciale fra 2009 beskæftiger sig ligeledes med forløbskoordinering som en mulig løsning på udfordringerne med at skabe bedre rehabiliteringsforløb for mennesker med kroniske lidelser (Hansen & Jørgensen 2009). Specialet, som er udarbejdet i samarbejde med det tidligere Anvendt Kommunalt Forskning, AKF, undersøger, hvordan funktionen udmøntes i et konkret hjerterehabiliteringsprojekt, og det fremhæver nogle væsentlige pointer.

Som i Aalborg Kommunes kræftrehabiliteringsprojekt peges der for det første på, at forløbskoordinatoren møder udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. Koordinatoren drager nytte af at have en fysisk base på sygehuset og udnytter ligeledes sin sygeplejefaglige baggrund i sine relationer til andet sygeplejefagligt personale. Dette giver koordinatoren mulighed for at arbejde på et tværsektorielt niveau. Men derudover arbejder hun primært som omsorgsskaber, lærer og coach for den enkelte patient på et patientniveau. Disse forskellige positioner over for patienten ses i specialet som beslægtede versioner af koordinering, som overvejende handler om meningsskabende former for koordinering og i mindre grad om tværgående og strukturelle former for koordinering. For det andet fremstår forløbskoordinatorfunktionen som en paradoksal praksis: *"På den ene side har funktionen nogle fleksible og åbne dimensioner, der indebærer, at den kan anvendes i mange forskellige situationer og på forskellige måder, hvorfor det bliver nemt for mange aktører at knytte an til den. På den anden side betyder fleksibiliteten og afhængigheden af forløbskoordinatorens person, at det for udenforstående bliver uigennemskueligt, hvad forløbskoordinatorfunktionen kan bruges til, og derfor svært for dem at knytte an til den"* (Hansen & Jørgensen 2009:9).

Specialet giver nogle opmærksomhedspunkter i forhold til fremtidig praksis: For det første kan en ren kommunal forankring gøre det vanskeligt for forløbskoordinatoren at *"skabe koordination i andre sektorer"* (Hansen & Jørgensen 2009:9). For det andet bør betydningen af koordinatorens personlighed, erfaring og netværk ikke undervurderes. Til slut fremhæves, som

allerede nævnt, at funktionen ikke medfører yderligere tværsektoriel koordinering, men derimod består af meningsskabelse for patienten i patientforløbet.

Opsummering

Jeg har i begyndelsen af kapitlet givet et indblik i den nationale diskurs om behovet for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, og jeg har beskrevet, hvordan forløbskoordinatorer fremstilles som en mulig løsningsmodel. Lokalt er de nationale anbefalinger udmøntet i initiativer, der i forskellig form inddrager koordinatore, og jeg har givet eksempler på forskning, der undersøger nogle af disse initiativer. Studierne bekræfter hinanden i såvel muligheder såvel som problemstillinger i forhold til integration af en koordinatorrolle og -funktion på det lokale, udførende niveau. Litteraturen fremfører, at det i særlig grad er erfarne sygeplejersker, der bliver koordinatore. Disse introduceres på tidspunkter, hvor politikere, embedsmænd og ledere (i egen og nogle steder også på tværs) er positive overfor funktionen. Der er dog ikke altid enighed om det positive i en ny funktion blandt de sundhedsprofessionelle på det operationelle niveau, hvilket kan føre til skepsis og modstand. Ligeledes er der ikke altid klarhed over finansierungsgrundlaget og tidsforbruget i funktionen og samarbejdet, hvilket er med til at forstærke tvivlen blandt potentielle samarbejdspartnere om, at funktionen kan integreres i de eksisterende rutiner. Oven i dette peger studierne på, at hvis opbakningen fra nationalt hold svinder, da svinder det lokale engagement ligeledes. I de modeller, hvor koordinatoren organiseres som en del af et velfungerende team, har denne de bedste vilkår for at udvikle funktionen og udfylde rollen mest optimalt. Heri ligger også, at koordinatoren formår at etablere og formidle rammerne for egne koordinerende aktiviteter, det vil sige til hvem, hvordan og med hvilket udbytte. I modsat fald kan løse tilknytninger til kolleger og samarbejdspartnere skabe en tankegang hos koordinatoren, som blot handler om at klare sig igennem, hvilket ineffektiviserer og modarbejder koordineringsarbejdet. Ovennævnte problematikker og muligheder kommer særligt tydeligt til udtryk i samarbejdet med almen praksis.

Afsluttende kan man sige, at de empiriske forskningseksempler fremhæver koordinatorenes afhængighed af at være værdiskabende og tilpasningsdygtige i forhold til de organisatoriske sammenhænge og de relationer, de indgår i.

Afhandlingens struktur

Med henblik på at svare på afhandlingens forskningsspørgsmål, er afhandlingen struktureret således, at den består af tre overordnede dele, hvor den første omhandler afhandlingens udgangspunkter og problemfelter, mens de to efterfølgende er analysedele.

Del 1 'Udgangspunkter og problemfelter' indeholder to kapitler: kapitel et, som netop er læst, er en præsentation af afhandlingens forskningsinteresser og forskningsspørgsmål samt en gennemgang af udvalgte officielle dokumenter og eksempler på tidligere studier af forløbskoordinatoren. I kapitel to beskriver jeg forskningsprocessen, herunder anvendte metoder, bagudskuende refleksioner og afhandlingens fænomenologisk-konstruktivistiske perspektiv.

Del 2 er afhandlingens første analysedel, og indeholder kapitlerne tre, fire og fem. Disse relaterer sig til det første (empiriske) underspørgsmål i det overordnede forskningsspørgsmål. I kapitel tre uddyber jeg kapitel to's indføring i forløbskoordinatoren, dvs. at jeg her anlægger en deskriptiv tilgang til empirien, mens jeg i kapitel fire på baggrund af temaer bragt op under de udvidede fokusgruppeinterviews analyserer koordinatorens fremstilling af egen rolle og funktion, og samarbejdspartners erfaring med og opfattelse af samme. Således handler dette kapitel om at give parterne en stemme og analysere deres udsagn. Kapitel fem bidrager til en konstruktivistisk forståelse af koordinatorens rolle og funktion ved at pege på integrative og disintegrative elementer, hvilket man ligeledes kan forstå som styrker og svagheder eller muligheder og begrænsninger ved rollen og funktionen i det tværsektorielle samarbejde.

Del 3 er afhandlingens anden analysedel, og består af fire kapitler. De første tre relaterer sig som teoretiske optikker på forløbskoordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde til afhandlingens andet underspørgsmål, mens det sidste kapitel udgør afhandlingens afrunding. De teoretiske optikker anvendes som hjælperedskaber i analysen, og er hver især væsentlige bidrag til at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion. Jeg analyserer således her det empiriske materiale med teoretiske briller og anvender teorien, hvor det giver mening i et analytisk perspektiv. Hermed menes, at de enkelte teoretikere anvendes eklektisk med henblik på at kunne besvare afhandlingens forskningsspørgsmål. Kapitel seks ser forløbskoordinatoren som en særlig frontmedarbejder med udgangspunkt i Lipsky (2010), mens kapitel syv ser på koordinatrollen i et institutionelt spændingsfelt ud fra Berger og Luckmanns (1967) forståelse af virkeligheden som samfundsskabt og bestående af typificerede roller. Kapitel otte omhandler forståelser af koordinatore og samarbejdspartnere som aktører i grænseflader med fokus på Williams (2012) udlægning af 'boundary spanneren' og 'boundary spanning'.

For at samle op og gøre de analytiske pointer mere klare har jeg valgt at tilføje manchetter i begyndelsen af hvert af kapitlerne 3-8. Disse tydeliggør, hvad det enkelte kapitel handler om og bidrager med. Manchetter såvel som kapitlernes delkonklusioner afspejles i afhandlingens afsluttende kapitel 9.

KAPITEL 2: FORSKNINGSPROCESSEN

Indledning

Hvordan studeres et empirisk fænomen, *forløbskoordinatoren*, som endnu er i sin vorden? En god idé, der endnu ikke har fundet sin form, og som ingen derfor kender løsningen på? Dette spørgsmål har jeg stillet mig selv i min ph.d.-periode, og det følgende metodekapitel afspejler mange af de overvejelser, som jeg har gjort mig igennem processen med udgangspunkt i denne undren. Udgangspunktet for min afhandling har jeg oplevet som metodisk udfordrende, idet jeg som forskerspire 'er sat i verden' til at undersøge et fænomen, som netop endnu er under udvikling, og som derfor både 'er og ikke er'. Dette skal forstås på den måde, at der er forløbskoordinatorer ansat flere steder i det nordjyske sundhedsvæsen, men der er ikke nogen entydighed i, hvad der definerer disse forløbskoordinatorer som en fælles gruppe. De er, hvad man kunne betegne, et udtryk for et foranderligt og processuelt fænomen. Min opgave har derfor været at afsøge mulighederne i dette åbne rum, og udgangspunktet for min undersøgelse har været at gå eksplorativt til værks og undersøge forløbskoordinatorens rolle og funktion. I dette kapitel klargør jeg undersøgelsens videnskabsteoretiske fundament, det analytiske genstandsfelt, felterne, som jeg betræder eller tænker ind i undersøgelsen, samt ikke mindst de informanter, jeg inddrager (sidestillet med betegnelsen informant anvendes i afhandlingen betegnelsen respondent). Jeg belyser, hvilke metoder jeg har anvendt til dataindsamlingen, og i bagklogskabens klare lys gør jeg mig overvejelser over, hvad der kunne have været gjort anderledes. Dette er en konsekvens af, at min forskningsproces ligeledes er dynamisk, idet jeg ud fra et konstruktivistisk perspektiv studerer dét, der er i øjeblikket, men som dog er foranderligt. I forskerens kontinuerlige dialog med 'virkeligheden' (senere betegnet *felten*) genereres datamaterialet, som jeg senere bearbejder med henblik på at besvare afhandlingens forskningsspørgsmål. Jeg uddyber afhandlingens position senere i dette afsnit. I designet af studiet anvender jeg betegnelserne det analytiske genstandsfelt (*feltet*) samt *felten* (efter inspiration fra Hastrup 2010:57). Jeg kunne have valgt et andet design, eksempelvis casestudiet, men feltvidenskaben er valgt på baggrund af min akademiske skoling inden for etnografi og kulturstudier.

Jeg redegør i kapitlet for de anvendte kilder til dataindsamlingen, og sammenhængen mellem disse. Da arbejdsseminarerne og tegneøvelsen udgør væsentlige empiriske kilder lader jeg disse træde frem i kapitlet. Øvrige kilders bidrag præsenteres derfor i slutningen af kapitlet.

Videnskabsteoretisk fundament

Afhandlingen bygger på et fundament af henholdsvis en fænomenologisk og en socialkonstruktivistisk tilgang. Jeg vil i dette afsnit kort klargøre disse tilgange og reflektere over, hvordan den videnskabsteoretiske orientering kommer til udtryk i afhandlingens forskningsdesign. Først fænomenologien, der kan forstås dels som en bevægelse indenfor filosofien med sit udspring i første halvdel af 1900-tallet, dels som en selvstændig forskningsdisciplin inspireret af klassiske filosofiske tænkere fra denne periode som Edmund Husserl, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty og Jean-Paul Sartre (Earle 2010 og Smith 2013). Med disse tænkere er der udviklet fænomenologiske skoler forskellige fra hinanden i begrebsunivers og undersøgelsesmetoder. Afhandlingen bygger på den fænomenologiske tradition, som kan tilskrives Husserl, idet det særligt er denne tænker, der har inspireret til indarbejdelsen af fænomenologien i samfundsvidenskabernes, herunder i sociologien gennem sociologen Alfred Schutz (Justesen & Mik-Meyer 2010:21-22). Schutz' idéer vandt ikke mindst gehør gennem Berger og Luckmanns (1967) succes i 1960'erne og 70'erne (Zahavi & Overgaard 2005). Ifølge Zahavi og Overgaard talte Husserl for, at filosofien skulle rette sig mod virkeligheden og: *".. 'gå til sagerne selv', til 'det, der viser sig' (græsk: phainomenon)"* (2005:165). Men han hævdede dette ud fra en overbevisning om, at menneskets bevidsthed er rettet mod ting i virkeligheden, dets 'objekter' – heraf begrebet 'intentionalitet' (ibid:166) – og at virkeligheden derfor ikke kan tænkes udenom den menneskelige bevidsthed, det erfarende subjekt. Derved gik han imod mere realistisk orienterede forskere, som opfattede virkeligheden som en neutral størrelse og den menneskelige bevidsthed som adskilt fra denne.

I Husserls tanker om det erfarende subjekt ligger, at idet menneskers bevidsthed er forskellig, vil virkeligheden synes forskellig fra person til person. Mennesker lever dog med hinanden som medlemmer af fællesskaber, og der tales derfor ligeledes om 'intersubjektivitet', dvs. om relationen mellem flere subjekter (Zahavi & Overgaard 2005:169). Begrebet 'livsverden' knytter sig til disse tanker, som et meningsfællesskab blandt subjekter, der erfarer verden på samme måde (Justesen & Mik-Meyer 2010:23-24).

Afhandlingen bygger ligeledes på et socialkonstruktivistisk perspektiv. Overordnet består konstruktivismen af forskellige varianter fra ekstreme til mindre radikale udgaver. Fælles er opfattelsen af virkeligheden, der anses for at være flertydig og ikke på forhånd givet. Man taler om 'kontingente' fænomener, idet konstruktivismen generelt anser vores forståelser som kontekstafhængige og derfor kunne være anderledes (Justesen & Mik-Meyer 2010:28, Collin 2010:230). Der opereres med en anti-essentialistisk tanke, med hvilken der stilles spørgsmålstegn ved, hvordan mennesket kan skabe en fælles forståelse af verden, når denne opfattes som en subjektiv konstruktion (Ingemann 2014:131-

135). I nærværende afhandling opereres med en konstruktivisme i den 'blødere' ende af skalaen, hvilket med Ingemann kan formuleres således: *"..de mindre radikale subpositioner accepterer, at der eksisterer objektive eller objektiverbare elementer, men at relationer mellem mennesker er sociale konstruktioner"* (2014:132). Heri ligger en erkendelse af, at ikke alle fænomener er konstruktioner, eksempelvis ikke den menneskelige biologi. Ligeledes, at mennesker er sociale aktører, som interagerer med hinanden og herigennem bidrager til at skabe en samfundsmæssig virkelighed. Man taler derfor om socialkonstruktivisme. De forskellige positioner indenfor socialkonstruktivismen kan karakteriseres ud fra deres syn på, hvad der betragtes som socialt konstrueret. Nogle hævder, at det er vores erkendelse af verden, der er konstrueret, med hvilket menes: *"..at erkendelsen ikke – eller kun i ringe grad – er formet af sin genstand, men snarere af den sociale kontekst for erkendeprocessen"* (Collin 2010:231). Andre hævder, at det er selve virkeligheden, der skabes i det sociale. Denne position betegnes ontologisk socialkonstruktivisme. Der ses også koblinger mellem de to positioner. Indenfor erkendelsesteoretiske og epistemologiske socialkonstruktivistiske positioner forholder man sig desuden forskelligt til relationen mellem erkendelse og den fysiske og samfundsmæssige virkelighed (Collin 2010:231-232). Således findes mange varianter af socialkonstruktivistiske positioner, og afhandlingen orienterer sig på denne baggrund mod en position særligt inspireret af Berger og Luckmanns (1967) ontologiske socialkonstruktivisme (Collin 2010:238-243).

Nogle vil hævde, at forskellene mellem fænomenologien og konstruktivismen er så store, at de to tilgange er svært forenelige i samme undersøgelse, hvilket eksempelvis Justesen og Mik-Meyer (2010) gør opmærksom på. Men hertil kan man med Collin (2010:244-246) hævde, at der ligger en fænomenologisk konstruktion hos Berger og Luckmann og en fælles referenceramme i brugen af eksempelvis betegnelsen 'symbolske universer', hvilket bringer tilgangene tættere på hinanden som fælles videnskabsteoretisk fundament. Jeg behandler de symbolske universer yderligere som analyseredskab i kapitel 7. Man kan således vælge at se fænomenologien og socialkonstruktivismen som berigende hinanden i en undersøgelse, hvilket Justesen og Mik-Meyer (2010) da også fremhæver. Selv om jeg ikke insisterer på en konsekvent anvendelse af en sådan dobbeltparadigmatisk tilgang, har denne ikke spændt ben for min forskningsproces.

Betydning for afhandlingens forskningsdesign

Valget af videnskabsteoretisk perspektiv har betydning for opbygningen af afhandlingen, både i forhold til design, metodevalg og teorivalg. Jeg vil i dette afsnit reflektere over denne betydning.

I afhandlingen benyttes et såkaldt fleksibelt design, som udvikler sig undervejs (Dahler-Larsen 2002:70-73). Jeg har i udgangspunktet forholdt mig åbent og eksplorativt til kilder og udsagn, og søgt at undgå at tolke, men primært været beskrivende (Jørgensen 2008:227-228). Første analysedel er derfor empirisk/induktiv i sin karakter. I anden analysedel har jeg søgt at højne forståelsen af deskriptionen. Dette er sket ved at tilføre undersøgelsen et yderligere analyserende lag, hvorfor anden analysedel har introduceret tre teoretiske blikke på analysegenstanden.

Jeg benytter mig af et fænomenologisk såvel som et konstruktivistisk inspireret teorisyn. Det vil sige, at jeg beskriver forløbskoordinatorens rolle og funktion som informanterne oplever det ('emic' - indefra), og jeg inddrager herefter teori, der på dette tidspunkt kan bidrage til yderligere at forstå de empiriske problemstillinger, som informanterne har givet udtryk for og tydeliggjort. Således supplerer jeg her insiderperspektivet med et analytisk, refleksivt og teoretisk informeret niveau ('etic' – udefra) (Justesen & Mik-Meyer 2010:109, Dahler-Larsen 2002:72). De tre specifikke teoretiske blikke er valgt, fordi de ikke er uforenelige med afhandlingens videnskabsteoretiske fundament og har begreber, som kan informere analyserne yderligere. Hermed ikke sagt, at anden teori ikke kunne have været inddraget, men den valgte har bidraget til en dækkende besvarelse af forskningsspørgsmålene i afhandlingen. Samtidig kan man argumentere for, at jeg har jungleret med tre teoretiske linser at se empirien igennem, tre potentielt forskellige betragtningsmåder. På denne måde har jeg ligeledes benyttet mig af et konstruktivistisk teorisyn (Justesen & Mik-Meyer 2010:29).

Man kan med en vis ret hævde, at afhandlingen ikke hele vejen igennem holder sit induktive udgangspunkt, idet man kan hævde, at jeg ikke udvikler teori, men derimod et stykke inde i undersøgelsen inddrager eksisterende teori. Ligeledes lægger det fleksible design op til, at der eksempelvis kan opstå teoretiske tolkninger af interviewudsagn under selve interviewet foranlediget af forskerens baggrundsviden, hvilket bryder undersøgelsens lineære forløb og tilføjer interviewet en ny retning (Dahler-Larsen 2002:72). På denne baggrund kan afhandlingen især karakteriseres ved sin adaptive tilgang (Jacobsen 2007:253).

Det videnskabsteoretiske fundament har ligeledes betydning for valg af metoder og anvendelse af disse. Jeg har valgt metoder, som kan bibringe førstepersonserfaringer, men som samtidig tilfører intersubjektive forståelser og dialog om disse. Fokusgruppeinterviews er anvendelige til dette, hvilket jeg argumenterer yderligere for i de efterfølgende afsnit i dette kapitel. I Earles (2010) udlægning af van Manen (1997) fremhæves det, at interviews på samme tid kan have to formål, dels at: *"..discover a rich, deep understanding of a particular phenomenon.."* (Earle 2010:290), dels at etablere en dialog om

betydningen af erfaringerne. Tegneøvelsen supplerer fokusgruppeinterviewet i begge disse bestræbelser (Foss 2011:241).

Det fænomenologiske og konstruktivistiske fundament for afhandlingen gør, at jeg i analysen ikke søger at afdække én rigtig opfattelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion, men at jeg snarere søger at nå frem til en flerhed af 'rigtige' forståelser. For det første beskriver og fortolker jeg udsagn, og tegneøvelsen bidrager hertil. Jeg ønsker, at give undersøgelsens informanter en stemme og herud fra nå en dybere mening som en eksplicitering af deres erfaringer (Thagaard 2010:38-39). For det andet reflekterer jeg over de forhandlings- og konstruktionsprocesser, som foregår omkring forståelserne. Jeg søger at synliggøre de kategoriseringer af velkendte, faste roller og funktioner, som sundhedsvæsenet betjener sig af som 'det normale'. Forløbskoordinatoren står uden for disse etablerede sundhedsprofessioner og bidrager i sin forstyrrelse til at sætte kategoriseringsprocesserne under lup. På denne måde undersøger jeg kildernes 'hvordan' (Justesen & Mik-Meyer 2010:30).

Det videnskabsteoretiske fundament har ligeledes betydning for måden, hvorpå afhandlingen skal vurderes. Dette vil jeg behandle i afsnittet om kvalitetskriterier senere i kapitel 2, side 83.

Det analytiske genstandsfelt

Som det fremgår af afhandlingens forskningsspørgsmål, undersøger jeg forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde, altså det tværsektorielle landskab, som det nordjyske sundhedsvæsen udgør, hvorfor dette relationelle fokus er mit *analytiske genstandsfelt*. Fordi sundhedsvæsenet er så kompleks en størrelse at studere, har jeg måttet afgrænse og beskære analyseobjektet, da jeg ellers ville gøre undersøgelsen for bred og altfavnende. Til gengæld kan man sige, at i modsætning til mere positivistiske videnskabers tilgang til viden er det at studere det sociale noget, som flytter sig, fordi der sker en udvikling af relationerne (ikke mindst mellem forsker og informant) over tid, og fordi forskeren bliver klogere i løbet af forskningsprocessen. Der sker med Kirsten Hastrups ord følgende: "*Mens man søger at forstå sin genstand, skifter den umærkeligt form*" (Hastrup 2010:57). Så selv om jeg har bibeholdt mit relativt snævre analytiske fokus på rolle og funktion som min særlige "*vidensinteresse*" (ibid.) gennem projektperioden, har dette studieobjekt vist sig at være alt andet end statisk.

At betræde felten – to perspektiver på felten

Foruden det analytiske genstandsfelt anvender jeg her betegnelsen *felten* (se reference ovenfor). Jeg anvender betegnelsen om de organisationer og sammenhænge, som forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere bevæger sig i til daglig, og som de bringer med sig ind i undersøgelsen og de udvidede fokusgrupper. Derudover tænker jeg også på selve fokusgrupperne som felten, idet jeg er interesseret i den viden, som produceres med det sociale rums gruppedynamikker. Dette todelte blik betyder, at jeg i interviewforløbene har været opmærksom på deltagernes samspil og modspil, og dettes betydning for mit datamateriale. To samarbejdspartnere på arbejdsseminar 2 formåede eksempelvis at blive toneangivende fra seminarets start, hvilket producerede en anden type viden, end der måske ellers ville være produceret.

Felten forstået som deltagernes repræsentation af forskellige praksisfelter

Hver enkelt deltager i arbejdsseminarerne bringer en tilknytning til en arbejdsplads med sig og taler derfor både som sig selv og som repræsentant for en organisatorisk virkelighed uden for seminarrummet: *"På den ene side kan fokusgruppen iagttages som en selvstændig diskussion, der arbejder indenfor de præmisser, der sættes af deltagernes indbyrdes relationer i gruppen og af moderators valg af temaer. På den anden side kan fokusgruppens diskussion og de enkelte udsagn ses som produkter af de positioner eller holdninger, som deltagerne tager med ind fra deres hverdagslige setting"* (Demant 2006:140). Dette perspektiv er et spændende aspekt at bringe ind i undersøgelsen. Jeg har ikke selv betrådt informanternes hverdagslige 'setting', men jeg får et indblik i den via mine informanter. Her tænker jeg på de samarbejdsflader, som koordinatorer og samarbejdspartnere har i kraft af deres arbejde i kommunale forvaltninger og centre, hospitalsafdelinger og -ambulatorier, i lægehusene etc. Alle disse steder har man opfattelser af, hvordan det tværsektorielle samarbejde fungerer eller bør fungere.

Fokusgruppen som felten – et symbolsk rum, hvor viden skabes i interaktion

De to arbejdsseminarer for henholdsvis koordinatorer og samarbejdspartnere udgør rum for produktion af viden igennem den sociale interaktion mellem deltagerne samt mellem deltagere og forskere (Demant 2006:131,134). Disse

fysiske og sociale rum bliver derfor i min forskningsproces en del af felten, som jeg går ind i for at møde mine informanter.

Min primære interesse ligger i, hvad deltagerne siger, i kombination med hvordan de forholder sig til hinandens udsagn og agerer på denne baggrund: *"Et af de særlige træk ved fokusgruppen er, at deltagerne undervejs redegør for, argumenterer for og måske endda forsvarer deres synspunkter overfor de andre deltagere, ligesom de typisk også vil stille spørgsmål til hinanden"* (Justesen & Mik-Meyer 2010:81). Den empiriske viden i afhandlingen betinges således af sociale processer, idet deltagerne er påvirkelige over for hinandens udsagn, og gruppedynamikker får derigennem betydning for meningsdannelsen. To steder i det andet fokusgruppeinterview er denne dynamik særlig iøjefaldende. Det første sted møder en sygehusrepræsentant op med en forståelse af forløbskoordinatorer som nyttige, men hendes holdning kan hurtigt rokkes, og hun ender med næsten at have frasagt den helt. Et andet sted skal en praktiserende læge fremlægge sin tegning, og efter at have lyttet til et forudgående oplæg korrigerer lægen sin opfattelse af forløbskoordinatoren. Jeg har til dette eksempel noteret følgende i mine noter: *"N er et godt eksempel på, hvordan deltagerne påvirker hinanden med deres udsagn. N's syn på, hvor hun havde placeret forløbskoordinatoren på sin egen tegning, blev påvirket af J's netop overståede fremlæggelse af sin tegning: nu mente hun, at hun måske havde placeret forløbskoordinatoren lidt for langt nede i hjørnet af sin tegning - i betydningen, at hun netop havde lært fra J's fremlæggelse, at forløbskoordinatoren faktisk havde en betydning i kommunal sammenhæng, hvad hun ikke selv havde erfaret, fordi hun ikke har mødt nogle"* (feltnoter, fokusgruppe 2). Eksemplet viser det relationelle forhold mellem informanterne i fokusgruppen, og hvordan dette forhold kan ændre på ellers etablerede anskuelser. Med Demants ord giver fokusgruppen mulighed for at studere *"igangværende processer"* og *"konstruktionen af fænomener i nuet"* (2006:134). Andre har betegnet gruppeinteraktionerne som 'socialt performative' samtaler med potentiale til at ændre den enkelte deltagers position (Halkier 2010:122,134).

Derudover vil koordinatore og samarbejdspartnere, som nævnt, sandsynligvis også besidde en forforståelse af emnet, som kun de øvrige deltagere deler. Forforståelser er mulige dynamikker i det sociale rum og kan være med til at berige min empiri, fordi de rører nogle sider af genstandsfeltet, som ikke er synlige for forskeren.

Informanter og nøgleinformanter

Mange mennesker har bidraget med information til min undersøgelse i større eller mindre grad, ikke mindst ved at give mig adgang til felten og guide mig

videre til nye kontakter. Med Brymans ord har jeg fået 'access' til en lukket 'setting', en karakter, jeg mener, man kan tillægge sundhedsvæsenets organisationer (2008 (2001):403). Dette har primært drejet sig om medarbejdere i Kronikerenheden. De personer, som jeg har vurderet som væsentligst for undersøgelsen, betegner jeg nøgleinformanter, og de kommende afsnit giver beskrivelser af disse (ibid.:409 og Bernard 1995:168-169). Det drejer sig om forløbskoordinatorer, delestillingsansatte samt samarbejdspartnere fra de tre sektorer i sundhedsvæsenet.

Introduktion til en screening for forløbskoordinatorer

Jeg har foretaget en screening af forløbskoordinatorer ansat i det nordjyske sundhedsvæsen (screeningen beskrives yderligere i de efterfølgende afsnit), hvorved jeg har fundet frem til et antal forløbskoordinatorer, som jeg derefter har inviteret til at deltage i afhandlingens undersøgelse. Derefter har jeg bedt de samme koordinatorer om at udpege deres to væsentligste samarbejdspartnere, hvorefter jeg har kontaktet disse. Flere personer (koordinatorer såvel som samarbejdspartnere) var inviteret til at deltage i undersøgelsen end de, der endte med at møde frem til fokusgruppeinterviewene. Alligevel mener jeg, at jeg har opnået en bredde og et antal informanter, som gør, at jeg kan få de mønstre frem i analysen, der skal til, for at jeg kan besvare mine forskningsspørgsmål.

Udgangspunktet for screeningen har været, at forløbskoordinatorens rolle og funktion - set ud fra et koordinatorperspektiv - er et underbelyst område. Jeg har derfor ønsket at lade koordinatorerne komme til orde for at få et indblik i deres erfaringer med tværsektorielt samarbejde. Første skridt har været at undersøge, hvilke af regionens kommuner og sygehuse, der har ansat forløbskoordinatorer, hvilket har givet et øjebliksbillede af anvendelsen af forløbskoordinatorer i regionen. Der er sandsynligvis forekommet ændringer i løbet af min projektperiode, fx er enkelte nye forløbskoordinatorer søgt inddraget, primært i forbindelse med kontakt til samarbejdspartnere. Min umiddelbare ambition har været at undgå at udspørge koordinatorerne om allerede kendte problematikker, men derimod at have en åbenhed i min tilgang, således at koordinatorerne har haft rum til at definere, hvilke temaer de har fundet relevante at fokusere på. På denne måde får koordinatorernes fortællinger fra praksis vægt både under dataindsamlingen og i den efterfølgende analyse.

I undersøgelsen tegner jeg et generelt billede af samarbejdspartnernes holdninger, men der kan naturligvis være samarbejdspartnere eller potentielle samarbejdspartnere uden for undersøgelsen, der mener noget andet.

Inklusionskriterier

Jeg indledte screeningen med at kontakte Kronikerenhedens konsulenter for at få deres hjælp. Min indledende tanke var, at enheden ville kunne bidrage til at afklare, hvilke personer, der ville være relevante at kontakte, hvilke spørgsmål personerne skulle stilles, og om spørgsmålene fx skulle stilles via telefon eller mail. Under mødet med en konsulent drøftede jeg, hvordan screeningen skulle afgrænses. Idet min afhandling handler om at undersøge forløbskoordinatorens rolle og funktion på tværs i sundhedsvæsenet, overvejede vi, om eventuelle forløbskoordinatorer, som udelukkende arbejder internt i en organisation, skulle medtænkes i undersøgelsen. Vi enedes om ikke at udelukke den interne koordinering, men dog at lægge vægt på den tværgående praksis i vores forespørgsler. På dette tidspunkt i min ph.d.-proces var det vigtigt for mig ikke at udelukke forløbskoordinatorer fra synliggørelse. Men denne åbne tilgang fordrede en bevidsthed om afgrænsning på andre områder. Vi enedes derfor om ikke at inkludere privathospitaler i screeningen, idet de udgør et komplekst felt for sig, og desuden ligger fokus for Kronikerenhedens arbejdsopgaver ikke på relationen til den private del af sundhedssektoren, hvis man ser bort fra de alment praktiserende læger. Derudover er der for de praktiserende læger udviklet en tovholderrolle, som lægerne i praksis forventes at indtræde i over for deres patienter, og der findes desuden mere eller mindre veludbyggede administrative koordinatorroller mellem lægestanden og henholdsvis kommuner og hospitaler. Men der er ikke i de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler tillagt lægerne en forløbskoordinatorrolle, hvilket tilsammen gjorde, at vi valgte ikke at inddrage de praktiserende læger i screeningen for forløbskoordinatorer. De er derimod tænkt ind i vores forespørgsler på samarbejdspartnere, som fulgte efter screeningen, og som jeg vil uddybe i et senere afsnit. Der sidder desuden en repræsentant for de praktiserende læger i følgegruppen til mit projekt, og på denne måde har jeg hele tiden haft en indirekte inddragelse af denne sektor. I screeningen valgte jeg derfor at fokusere på den del af sundhedsvæsenet, der handler om kommuner og hospitaler.

Jeg lægger i afhandlingen ikke op til at afgrænse mit genstandsfelt til forløbskoordinatorer, der arbejder med en bestemt sygdomsgruppe, idet jeg ønsker at se på generelle træk og mønstre, der går på tværs af sygdomsgrupperne. Det er heller ikke mit mål at sammenligne sygdomsgrupper. I relation til screeningen for forløbskoordinatorer har jeg drøftet denne problematik med Kronikerenheden, og vi enedes om at afgrænse undersøgelsesfeltet til de sygdomsgrupper, der på daværende tidspunkt var lavet forløbsprogrammer for (sygdomsspecifikke sundhedsaftaler). På denne baggrund ønskede jeg nu i screeningen at afklare, hvorvidt der var forløbskoordinatorer ansat i kommuner, region og sygehuse inden for sygdomsområderne diabetes,

hjerte-kar-sygdomme og lungesygdomme samt evt. inden for kræftområdet, idet jeg antog, at koordinatorene her ville kunne lære mig noget om koordinatrollen på de øvrige områder.

Screeningen er som nævnt udtryk for et øjebliksbillede, og derfor vil der være sygdomsspecifikke sundhedsaftaler på vej for sygdomsgrupper, som jeg ikke medtænker i min afhandling. Men dette er et vilkår for at bedrive forskning tæt på praksis.

Idet jeg gør forløbskoordinatorer inden for de sygdomsspecifikke sundhedsaftaleområder til genstand for undersøgelse, medtager jeg samtidig forløbskoordinatorer for patienter med multisygdom. Det kunne fx være patienter med diabetes eller en hjertesygdom, som samtidig har kontakt til den psykiatriske sygehusvæsen pga. en psykisk lidelse.

Der kan være forløbskoordinatorer, som jeg ikke når inden for de rammer, jeg arbejder under, men jeg mener dog alligevel, at undersøgelsen vil gøre mig i stand til at indkredse relevante problemer og muligheder omkring forløbskoordinatorers rolle og funktion. Jeg får en viden om de generelle vilkår, som forløbskoordinatorerne arbejder under, og som er uafhængig af deres tilknytning til specifikke sygdomsområder.

I løbet af screeningsprocessen viste det sig nødvendigt at holde fokus på de forløbskoordinatorer, der arbejder tværsektorielt, og jeg fravalgte derfor koordinatorene, som arbejder enten internt på en hospitalsafdeling eller på tværs af afdelinger. De undersøgelser, der er lavet om disse, belyses således ikke i afhandlingen.

Opsummerende ser de væsentlige inklusionskriterier for forløbskoordinatoren i screening således ud:

- Ansat til at arbejde tværsektorielt
- Fokus på tværgående koordinering
- Forankret enten i kommunalt regi eller som delestillingsansat, dvs. som ansat til forløbskoordinering i en delt stilling mellem kommune og hospital
- Primært rettet imod patienter med sygdomme som diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt lungesygdomme, multisygdom og herunder patienter med psykiske lidelser

Henvendelse

Efter at have afgjort, hvilke forløbskoordinatorer jeg ønskede at få i tale, var næste skridt at beslutte, hvordan den indledende kontakt til felten skulle rettes. Det var oplagt at benytte den administrative organisering omkring sundhedsaftalerne og kontakte 'De Tværsektorielle Fora' for diabetes, hjerte- og lungesygdomme, samt at lade kontakten ske via Kronikerenhedens konsulenter, idet de sidder som repræsentanter i alle fora, og derved har den formelle og lige adgang til formændene. Formændene ville enten selv besidde den relevante viden, eller de kunne formidle kontakt til de rette personer. Jeg sendte i en indledende runde en mail med forespørgsel om kendskab til forløbskoordinatorer, eksempler på spørgsmål, jeg ønskede at stille (primært omkring koordinatorernes koordinerende aktiviteter), samt kontaktoplysninger på koordinatoren, så jeg efterfølgende kunne tage kontakt. Denne henvendelsesform var både mere tidsbesparende i forhold til et telefonopkald, hvor en kommunal sundhedschef eller en oversygeplejerske kunne være svær at træffe eller måske først skulle spørge i sit bagland for orientering. Desuden tillod en mail mig at være helt kortfattet, hvorved jeg overlod det til modtageren selv at definere en forløbskoordinator og forløbskoordinering.

Derefter vurderede jeg i samarbejde med Kronikerenheden, at Den Faglige Følgegruppe for Forebyggelse og Sundhedsfremme ligeledes ville være en god kilde til oplysninger, idet alle kommuner er repræsenteret heri, og der sidder enkelte sygehusrepræsentanter foruden en konsulent fra Kronikerenheden i gruppen.

Man kan overveje både fordele og ulemper ved at lade Kronikerenheden og konsulenter herfra være en del af indgangen til felten. Det skal hertil pointeres, at jeg selv kontaktede alle kommunale sundhedschefer uden om Kronikerenheden og ligeledes udvalgte hospitalsafdelinger for deres kendskab til forløbskoordinatorer. Men på trods af dette er det således, at opdragshaver og aftager af ph.d.-afhandlingen, Kronikerenheden, har fungeret som primær 'gatekeeper', og konsulenterne her har derfor kunnet guide mig i den retning, de selv fandt rigtigst. Til gengæld har det sparet mig tid at gå denne vej, og jeg har samtidig kunnet udnytte allerede eksisterende tillidsrelationer, eksempelvis i forhold til at opnå lydhørhed i De Tværsektorielle Fora og få kontakt med en enkelt kommunal medarbejder, som man i Kronikerenheden mente, kunne være forløbskoordinator. Her har det været til gavn for projektet, at jeg har kunnet brainstorme med konsulenterne og herudfra udvælge idéer, som jeg ønskede at gå videre med. Den mest anvendte konsulent har desuden tidligere arbejdet med forløbskoordinering og forløbskoordinatorer på et konkret sygdomsområde og har derfor opbygget brugbar viden.

Antal koordinators og deres ansættelsessted

Ud over de oplysninger, jeg har indhentet gennem Kronikerenhedens netværk, har jeg selv kontaktet regionens kommuner og forhørt mig om forløbskoordinators. Disse oplysninger har jeg sammenholdt med Sundhedsstyrelsens optegnelser (Sundhedsstyrelsen 14. april 2010, notat), og på dette grundlag kan jeg skitsere et landkort over kommunale forløbskoordinators. Fem ud af 11 kommuner havde på undersøgelsestidspunktet ansat forløbskoordinators, nemlig Rebild Kommune (to personer), Mariagerfjord Kommune (en person), Morsø Kommune (en person), Hjørring Kommune (tre personer) samt Aalborg Kommune (en person). Dog er forløbskoordinatoren i Aalborg Kommune ansat per 1. marts 2012 som en del af et ph.d.-projekt finansieret af Kronikerenheden og figurerer derfor ikke på Sundhedsstyrelsens liste over kommunale projekter med en forløbskoordinator. Desuden er vedkommende så ny i jobbet, at mit projekt vil kunne drage nytte af dennes første indtryk af ansættelsen som forløbskoordinator. Vesthimmerlands Kommune har ingen forløbskoordinators, men henviser til koordinatoren i Mariagerfjord Kommune. Jammerbugt Kommune har ansat en koordinator, som primært arbejder med den interne koordinering i kommunen.

På hospitalssiden har kontakt til Kronikerenheden, Afdeling for Sundhed, Planlægning og Kvalitet i regionen, De Tværsektorielle Fora samt Den Faglige Følgegruppe for Sundhed og Forebyggelse resulteret i en henvendelse fra Sygehus Thy-Mors om en kræftkoordinator. Ifølge Afdeling for Sundhed, Planlægning og Kvalitet er der forløbskoordinators ansat på regionens sygehuse (fx på hjerte- og kræftområdet), men disse er ansat til koordinering internt på en afdeling eller mellem hospitalets afdelinger. Jeg har som nævnt valgt ikke at gå videre med denne type koordinators.

Derudover har Aalborg Kommune og Jammerbugt Kommune oplyst, at de har etableret henholdsvis to og tre delestillinger mellem kommune og region.

Aalborg Kommune afsluttede i 2012 'Projekt Udskrivningskoordinator – kom godt hjem' i samarbejde med Psykiatrien i Region Nordjylland. Som titlen angiver, handler projektet om at skabe sammenhæng i udskrivningsforløb. To udskrivningskoordinators samt en projektleder har været tilknyttet projektet. Men da disse ikke er ansat som forløbskoordinators, men som koordinators med fokus på at sikre udskrivningsforløb, har jeg valgt ikke at medtage dem i min undersøgelse.

Resultatet af screeningen for forløbskoordinators i Region Nordjylland, der er ansat til at arbejde tværsektorielt, er således otte mulige forløbskoordinators, som alle er kommunalt ansatte. Derudover er der fem stillinger, der deles mellem kommuner og region. Jeg anser disse delestillingspersoner for at være relevante

for min undersøgelse, idet de arbejder tværsektorielt med forløbskoordineringsopgaver. Ligeledes ser jeg det som en fordel for min analyse, at jeg har mulighed for at reflektere over forskelle i den organisatoriske forankring blandt koordinatorene.

Sundhedsstyrelsens puljeprojekter

Som undersøgelsen er skredet frem, er det blevet tydeligt, at hovedparten af koordinatorene er finansieret via puljemidler. Sundhedsstyrelsen udbød i 2009 midler i en pulje til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme. Puljeprojektperioden skulle løbe fra 2010 til 2012, og alle regioner og kommuner fik bevilget støtte til projekter. Region Nordjylland fik fx midler til etablering af delestillinger mellem kommuner og sygehuse på diabetesområdet samt til tværgående koordinering igennem styrkelse af lægernes tovholderfunktion og forløbskoordinatorfunktionen. Regionens 11 kommuner fik, som landets øvrige kommuner, tildelt midler til at udmønte arbejdet omkring implementering af de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler (Sundhedsstyrelsen 14. april 2010). Seks ud af de 11 kommuner planlagde ifølge Sundhedsstyrelsen at anvende midlerne til forløbskoordinatorer eller forløbskoordinatorfunktioner (Sundhedsstyrelsen 14. april 2010, notat). Dette tal stemmer overens med de oplysninger, jeg selv har fået ved henvendelse til region, hospitaler og kommuner, hvilket jeg har beskrevet ovenfor.

At forløbskoordinatorerne har været ansat i puljefinansierede projekter, har indebåret, at projekterne blev afsluttet i løbet af min ph.d.-projektperiode, og nogle koordinatorene ønskede ikke at forlænge projektperioden, mens andre ikke havde held til at få deres projekt videreført. En enkelt ønskede ikke at 'blive til den bitre ende' og fandt andet arbejde, før projektperioden udløb. Det er vilkårene både for koordinatorene og for et ph.d.-projekt som dette, der undersøger en dynamisk virkelighed. Jeg har ikke systematisk fulgt op på, hvorledes det er gået koordinatorene efterfølgende.

Forløbskoordinatorens potentielle samarbejdspartnere

Efter at have foretaget screeningen af forløbskoordinatorer ansat i det nordjyske sundhedsvæsen igangsatte jeg første del af den primære dataindsamling i form af det første fokusgruppinterview, hvilket jeg vil vende tilbage til. Efter dette bad jeg koordinatorene om at udpege de to væsentligste samarbejdspartnere, hvorefter disse blev kontaktede med en invitation til et fokusgruppinterview for samarbejdspartnere, hvilket jeg ligeledes vil vende tilbage til. Hvor det har vist

sig, at en udpeget samarbejdspartner ikke har kunnet møde op eller ikke har haft lyst til at deltage, har jeg bedt vedkommende om at pege på en anden person, og jeg er ligeledes vendt tilbage til den konkrete koordinator for at undersøge, om der herfra kunne peges på en alternativ person. Samarbejdspartnerne er i min henvendelse blevet præsenteret for projektet, og jeg har lagt vægt på, at min henvendelse til dem er afstedkommet af et ønske om at undersøge deres syn på forløbskoordinatorens rolle og funktion. Jeg har forklaret, at koordinatorene har haft mulighed for at ytre sig, og at jeg nu også ønskede at give potentielle samarbejdspartnere 'en stemme' og høre deres synspunkter.

Koordinatorernes udpegning af samarbejdspartnere har resulteret i forespørgsler til både kommuner, almen praksis og hospitaler. Det har inkluderet medarbejdere i kommunale sundhedshuse, inden for beskæftigelse, handicap- og ældreområdet og på hospitalers hjerte-, lunge- og diabetesafdelinger. Ligeledes har det drejet sig om en bred vifte af faggrupper samt forskellige ledelsesniveauer inden for kommune og hospital. Da der viste sig at være få interessetilkendegivelser fra praktiserende læger, valgte jeg at tage kontakt til NORDKAP, som er en kvalitetsenhed for almen praksis i Region Nordjylland, for herigennem at få spredt min forespørgsel og invitation til fokusgruppeinterviewet. Dette resulterede i to deltagende praktiserende læger.

Det skal pointeres, at forløbskoordinatorene blev bedt om at udpege deres to væsentligste samarbejdspartnere, og alligevel har fokusgruppeinterviewet med disse mere båret præg af, at der for flere snarere var tale om *potentielle* samarbejdspartnere.

Fokusgruppeinterviewet - med form som et arbejdsseminar

Efter nu at have skabt adgang til nøgleinformanter, både forløbskoordinatorene, ansatte i delestillinger samt potentielle samarbejdspartnere, har det som nævnt været min ambition at invitere grupperne særskilt til to udvidede fokusgruppeinterviews. Fokusgruppeinterviewet er en særlig måde at producere kvalitative data, som adskiller sig fra enkeltinterviews ved at producere data på gruppeniveau. Ifølge Bloksgaard og Tanggaard Andersen er fokusgruppeinterviews velegnede til designs med en åben tilgang: *"Fokusgruppeinterviewet er eksempelvis meget brugbart i eksplorativt anlagte studier, idet metoden giver mulighed for at anlægge et meget åbent perspektiv på en problematik, hvorved der kan skabes et bredt og grundlæggende kendskab til et felt"* (2012:32). Dette gør sig netop gældende i afhandlingen, hvis undersøgelse er eksplorativ. Da der er både fordele og ulemper ved fokusgruppeinterviewet som dataproduktionsmetode, er det væsentligt at overveje, hvorvidt denne vil gavne et projekts problemstilling (O'reilly 2012:135-136). Fokusgruppeinterviews kan virke

lettilgængelige og tidsbesparende, men der kan også være risiko for, at man ikke får de data, som er nødvendige for at kunne svare på projektets problemstilling (Halkier 2010:121). I nærværende afhandling har de udvidede fokusgruppeinterviews bidraget til netop at frembringe opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde, som jeg efterfølgende har kunnet understøtte i de tre teoretiske optikker.

Den måde, hvorpå man anvender fokusgrupper, afhænger af det perspektiv, man anlægger på sit projekt. Fokusgrupper er gode, hvis man ønsker at "*producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer*" (Halkier 2010:123), men egner sig ikke til at gå i dybden med en enkelt informant. Den sociale interaktion giver altså en bestemt type data baseret på gruppens interaktion. Men dertil kommer, at gruppens medlemmer har en kontekstuel forforståelse af emnet, som forskeren ikke nødvendigvis er i besiddelse af. Forforståelsen betyder, at deltagerne i fokusgruppeinterviewet kan spørge til hinandens udsagn og kommentere hinandens erfaringer på en måde, som kan give mere komplekse data end ellers. Herudover giver fokusgruppeinterviewet forskeren adgang til en stor mængde koncentrerede data og virker ikke forstyrrende i informanternes liv over en længere periode, som er tilfældet ved fx deltagerobservation. Men dette er samtidig metodens svaghed, idet man netop ikke oplever informanterne i de sammenhænge, som de normalt optræder i, og derved risikerer at gå glip af interessante informationer. I stedet må man anvende den information, som informanterne giver, om deres færden uden for fokusgruppen.

Afhængig af det videnskabsteoretiske ståsted giver fokusgrupper forskellige typer af viden. Litteraturen om fokusgruppeinterviews fremhæver en realistisk videnskabsteoretisk vinkel, en socialkonstruktivistisk vinkel (Halkier 2010 og Justesen & Mik-Meyer 2010) samt en fænomenologisk vinkel (Justesen & Mik-Meyer 2010). I et realistisk perspektiv vil man operere med data som autentiske fakta, og et fokusgruppeinterview vil give hurtigt opnåelige data med et indhold, der er umiddelbart analyserbart. Ud fra en socialkonstruktivistisk vinkel vil den viden, som produceres i fokusgruppen, ikke skulle opfattes som autentiske fakta, men derimod som en foranderlig og kontekstafhængig viden relateret til den sociale interaktion i fokusgruppen (O'reilly 2012:135). Derfor vil forskeren med denne videnskabsteoretiske vinkel for øje kigge på indholdet af interviewet og *samtidig* opfatte interviewsituationen som et performativt og kreativt socialt rum. Jeg har tidligere udlagt denne position som afhandlingens, idet jeg finder det interessant at undersøge den viden, som produceres i fællesskab af mennesker med berøring med fænomenet, og som kan bidrage til "*fænomenets konstruktion i nuet*" (Demant 2006:136). I Demants terminologi giver dette blik på vidensproduktionen i fokusgruppen anledning til at studere denne særlige 'setting' som et socialt rum, hvori deltagerne vil positionere sig. Man kan forestille sig, at deltagerne positionerer sig i forhold til hinanden, deres position

uden for fokusgruppen eller i forhold til forskerne. Ligeledes kan man forestille sig, at deltagere med sympati for hinanden ikke vil indgå i en magtkamp om positioner, men vil tilslutte sig fælles udsagn, hvis de skulle blive udfordret.

Ud fra en fænomenologisk vinkel vil der heller ikke her være tale om autentiske fakta, som forskeren kan tage for deres umiddelbare betydning, men derimod om subjektive tilkendegivelser om forløbskoordinatorens rolle og funktion, som skal undersøges nærmere. Dog kan man sige, at idet afhandlingen ligeledes har en socialkonstruktivistisk vinkel, er jeg ikke kun interesseret i subjektive tilkendegivelser, men også i, hvorledes disse er socialt konstruerede. Dette er netop ligeledes et argument for at fokusere på fokusgruppeinterviewet som bærende metode til dataindsamling i afhandlingen. Mit udgangspunkt var et ønske om at følge forløbskoordinatorer i deres arbejde, men dels var dette ikke muligt af ressourcemæssige årsager, dels blev fokusgruppeinterviewets produktion af socialt konstrueret viden et argument i sig selv. Det blev betydningsfuldt at fokusere såvel på deltagernes opfattelser og selvfrestillinger, som på deres reaktioner på hinandens udsagn.

I undersøgelsen har jeg foretaget to fokusgruppeinterviews med henholdsvis forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere, hvilket jeg allerede har berørt. De havde hver en længde på ca. 4 timer, og derfor betegner jeg dem som udvidede. Interviewene blev præsenteret for deltagerne som arbejdsseminarer, og derfor vil jeg i det følgende betegne det første fokusgruppeinterview 'arbejdsseminar 1' og det andet 'arbejdsseminar 2'.

Arbejdsseminar 1 – koordinatorer, der arbejder på tværs

Det første arbejdsseminar var, som nævnt, med forløbskoordinatorer og delestillingsansatte og havde til formål at give dem en stemme. Dagen skiftede mellem oplæg, diskussion og konkrete øvelser (se bilag 1). Efter seminaret blev der sendt et fyldigt referat ud til hver deltager, som i talesprogsform gengav deltagernes udsagn og diskussioner. Ikke mindst indeholdt referatet tegninger og frestillinger af tegninger, som deltagerne havde produceret for visuelt at give deres eget syn på forløbskoordinatorens rolle og funktion. Jeg vil i de følgende afsnit uddybe karakteristikken af arbejdsseminaret som en udvidelse af det klassiske fokusgruppeinterview og give en nærmere introduktion til de to afholdte seminarer.

Arbejdsseminaret som metode – fordele og ulemper

Det 'klassiske' såvel som det udvidede fokusgruppeinterview har fordele og ulemper som metodiske tilgange. Det klassiske er berørt ovenfor, hvorfor jeg her vil holde mig til en diskussion af det udvidede (arbejdsseminaret). Betegnelserne klassisk og udvidet er mine egne med henblik på at kunne skelne mellem de to. I første omgang er der den samme begrænsning ved arbejdsseminaret som ved det klassiske fokusgruppeinterview, idet man heller ikke her kommer i dybden med hver enkelt deltagers erfaringer. Til gengæld har man også på arbejdsseminaret fordele ved den sociale interaktion. Endvidere kan man overveje, hvorvidt det at udvide fokusgruppeinterviewet tidsmæssigt og i antal temaer og lade det antage form som et arbejdsseminar giver en særlig vej til viden set i forhold til den klassiske version. Selve interviewet skifter karakter fra at være et relativt afgrænset interview med løsere forslag til temaer, som forskeren ønsker at komme omkring, til at få en mødelignende karakter, hvor en dagsorden holder styr på, at alle programpunkter nås inden for tidsrammen. Forskeren bliver således i højere grad mødeleder end interviewer (hvilket jeg senere betegner 'moderator'), og skal være bevidst om i løbet af dagen at drive seancen videre fra den ene fastlagte blok til den næste, eksempelvis i form af oplæg og input til øvelser. Deltagerne informeres om hensigten med det efterfølgende referat, som dog ikke er et referat i en gængs forvaltningsforstand, men derimod et forskningsdokument. Men forskningsdokumentet forvaltes som et referat, som deltagerne skal godkende, og som de herefter kan have en forventning om at kunne sprede i deres netværk. Et arbejdsseminar appellerer måske til gengæld mere til informanternes aktive deltagelse og ejerskab end et klassisk fokusgruppeinterview, som for nogle kan have et mere støvet forskningspræg. Alle koordinatore og samarbejdspartnere er desuden vant til temadage, workshops mm. fra den sundhedsfaglige virkelighed, og arbejdsseminaret som arbejdsform vil vække genkendelse. Desuden er det en fordel med den større mængde data, der kommer ud af et arbejdsseminar set i forhold til et klassisk fokusgruppeinterview. Der er eksempelvis mulighed for at anvende flere teknikker og tekniske hjælpere og derved komme dybere i dialogen med deltagerne. Dette er en fordel i mit projekt, fordi mit udgangspunkt som nævnt netop er eksplorativt, og jeg ønsker at få så stor indsigt som muligt ud fra deltagerne erfaringer.

Jeg vil derfor hævde, at man kan fremhæve arbejdsseminaret som en særlig vej til viden set i forhold til et mere klassisk fokusgruppeinterview, men ikke, at der derved er viden, som jeg ikke får med.

Rollefordeling – deltager-, medinterviewer-/referent- og mediatorpositioner

Deltagerne er udvalgt, fordi de enten er ansat som forløbskoordinatorer og arbejder tværsektorielt, eller fordi de er ansat i delestillinger mellem kommuner og hospitaler. Alle deltagere er udvalgt på baggrund af ansættelse i regionen eller en kommune inden for Region Nordjylland. Såfremt der ikke havde været deltagere nok til at samle en gruppe i Region Nordjylland, ville jeg have set på koordinatorer uden for regionen. Men det pågældende antal viste sig at være tilstrækkeligt til, at jeg kan svare på afhandlingens forskningsspørgsmål. Som nævnt er de deltagende forløbskoordinatorer alle ansat i den kommunale sektor. Det har ikke været muligt at finde forløbskoordinatorer fra den regionale sektor, som på samme måde arbejder tværsektorielt. Men netop derfor har det vist sig interessant at inkludere ansatte i delestillinger mellem kommune og hospital i undersøgelsen, idet de har bidraget med en anden vinkel og derved suppleret de kommunale forløbskoordinatorer. Overordnet har fordelingen af forløbskoordinatorer i forhold til delestillingsansatte været ca. to tredjedele forløbskoordinatorer. Den kønsmæssige fordeling ligger på én mand og syv kvinder. Alle deltagere er sygeplejersker. Generelt er de – også de delestillingsansatte – tilknyttet en kommunal rehabiliteringsafdeling eller et sundhedscenter. Stillingen kan indeholde patientundervisning og ofte sygeplejefaglig vejledning, foruden det forløbskoordinerende arbejde.

Intervieweren i undersøgelser, der beskæftiger sig med gruppeinterviews, har mange navne som fx ordstyrer (Seemann & Antoft 2002 og Breidahl & Seemann 2009), moderator eller facilitator (Brinkmann & Tanggaard 2010). Fælles er dog en medierende funktion, og derfor betegner jeg denne rolle i mit projekt som 'mediator'. I kraft af at den sociale interaktion er en anden i gruppeinterviews end i enkeltinterviews, vil interviewerens rolle være udvidet. Intervieweren skal skabe et opmærksomt, åbent og fleksibelt rum for interaktion (Halkier 2010:127), men derudover gælder to centrale ting: *"Moderatoren skal kunne få deltagerne til at tale sammen og kunne håndtere de sociale dynamikker blandt deltagerne"* (Halkier 2010:127). Mediatorens primære opgave består derfor i at skabe rum for den sociale interaktions udfoldelse og så at sige sætte rammen for, at deltagere såvel som forskere bliver medskabere i den kreative proces. Ud fra dette processuelle synspunkt spiller alle seminardeltagere en rolle i interaktionen med hinanden, såvel interviewer som informant. Nogle får en mere fremtrædende rolle end andre som følge af de rolleforventninger, alle aktører indgår med, og som påvirker, hvilke roller der skabes og stadfæstes.

Som jeg har været inde på, er der fra et socialkonstruktivistisk perspektiv tale om en social handling, idet deltagerne både taler og handler. En deltagers udsagn er således både en beskrivelse af en begivenhed, en pointe eller udtryk for en holdning og samtidig en performativ handling, hvor deltageren positionerer sig selv i forhold til de øvrige deltagere i interviewet. Halkier hævder, at

moderatoren kan facilitere disse processer ved at skabe en uformel stemning, hvor deltagerne motiveres til at deltage aktivt. Moderatoren skal 'holde deltagerne på sporet' og samtidig muliggøre, at deltagerne kommer så meget rundt om emnet, at varierende holdninger og erfaringer kommer til udtryk. I mit projekt har jeg anvendt min vejleder som mediator, idet jeg selv har fungeret som medinterviewer, referent og observatør under både første og senere det andet arbejdsseminar. Fordelen ved at være to er mange, og i mit tilfælde har jeg trukket på min kollegas erfaring, renommé og store indblik i forskningsfeltet i forhold til at kunne skabe interesse for projektet samt tillid til os som forskere, deltagerne imellem og respekt for interviewet som videnskilde. Det er dog ikke uden dilemmaer at lave denne konstellation. Når jeg ikke selv er moderator og derved ikke selv styrer processen, kan jeg ikke undervejs sikre, at jeg får de data, jeg ønsker, eller har en forventning om at få. Det kan opfattes som en svaghed ved mit projekt, at det netop er mit projekt, men at en anden person stiller spørgsmålene. Jeg vurderede, at der ville være en risiko for at præge datamaterialet uhensigtsmæssigt ved for ofte at bryde ind og følge op på spørgsmål. Man kan hævde, at jeg kunne være vendt tilbage for at få uddybet udsagn, men det var jeg af ressourcemæssige hensyn nødsaget til ikke at gøre. Desuden kan man sige, at disse dilemmaer er en del af at lave fokusgruppeinterviews, og jeg vil hævde, at arbejdsseminarerne har produceret den viden, der skal til, for at besvare afhandlingens forskningsspørgsmål.

Strukturering, introduktion og åbning

Deltagerne havde på forhånd fået tilsendt et program samt en kort beskrivelse af mit ph.d.-projekt. Seminaret fandt sted i et mødelokale på universitetet, og alle deltagere fordelte sig ved et ovalt bord, hvor alle kunne se hinanden, og hvor jeg på forhånd havde opsat navneskilte. Den indbyrdes placering af deltagerne var vilkårlig, og hensigten blot, at vi som forskere kom til at sidde for bordenden af hensyn til oplæg og fremlæggelser. Vi havde på forhånd valgt at åbne interviewet med to citater, som skulle lette stemningen ved både at provokere og vække genkendelse (se bilag 2). Dernæst fulgte tegneøvelsen, en metode, som jeg vil beskrive indgående i et senere afsnit. De otte deltagere fordelte sig i tre grupper med hver to eller tre personer, som tegnede enkeltvis. Deltagerne producerede i alt fem tegninger, hvoraf enkelte allerede fik en titel under udførelsen eller i plenum, mens de resterende er navngivet ud fra den forståelse, jeg har fået af deltagernes fremlæggelser: 'En familie', 'Æbletræet', 'Vandkanden', 'Blæksprutten' og 'Patienten i centrum'. Herefter fulgte fremlæggelser og en fælles diskussion af ønskescenarier for en forløbskoordinator eller en delestillingsansat. Seminaret (dette gælder ligeledes for det efterfølgende seminar med samarbejdspartnere) er i hele sin længde optaget på diktafon.

Arbejdsseminar 2 – potentielle samarbejdspartnere

Andet arbejdsseminar blev bygget op parallelt med det første (se bilag 1). Dog var der det nye, at mediatoren præsenterede to af de fem tegninger udført af koordinatorene som eksempler på, hvordan disse oplevede deres rolle og funktion. Dette løsnede i nogen grad op for en særlig spænding, der kunne fornemmes blandt samarbejdspartnere i forhold til at skulle producere en tegning.

Før afholdelse af seminaret havde jeg overvejet, hvorvidt samarbejdspartnere ville tilkendegive, at de samarbejdede med koordinatorene, eller at seminaret modsat ville fremstille koordinatorene som en gruppe, der 'hang' i sundhedsvæsenet og ikke havde kontakter og samarbejdsflader – heraf betegnelsen 'potentielle' samarbejdspartnere. Denne overvejelse eller bekymring havde sit udspring allerede i forberedelserne til seminaret, idet det viste sig udfordrende eksempelvis at finde den helt rette ordlyd til et centralt interviewspørgsmål. Jeg ønskede ikke at føre deltagerne ind på snævre tankerækker, der enten ville lukke diskussionen eller give for flyvske og overfladiske svar, såfremt flertallet ikke havde konkrete erfaringer med forløbskoordinatorer. Min hensigt var derfor, at spørgsmålet skulle give anledning til at associere frit om erfaringer, oplevelser og synspunkter i forhold til det, de selv tænkte, havde at gøre med forløbskoordinatorer. Af denne grund spurgte vi ikke konkret til koordinatorenes rolle og funktion, men valgte et åbent spørgsmål med følgende ordlyd:

Tegn et billede af forløbskoordinatorerne i sundhedsvæsenet, som du oplever dem!

Påfør herefter billedet hhv. 3 styrker og 3 svagheder ved forløbskoordinatorerne.

Efterfølgende kan jeg se i informanternes tegninger, at de har haft associationer i mange retninger, hvoraf nogle opnåede mulighed for blot at ytre sig om selve idéen med forløbskoordinatorer, eftersom de ingen konkrete samarbejds-erfaringer havde.

Tegneøvelsen - metodeovervejelser

Tegneøvelsen betragtes i afhandlingen som en metode til indsamling af visuelle data ud fra den tilgang, der af Foss (2011) betegnes som 'visuel forskning', og jeg præsenterer derfor metoden og metodeovervejelser i dette kapitel om forskningsprocessen. Selve tegningerne udgør centrale empiriske kilder og inddrages i afhandlingens analyser. De præsenteres dog kort her, hvilket er i tråd med præsentationen af de øvrige kilder til data i afhandlingens første del; officielle dokumenter, empirisk forskning, initierende ustrukturerede interviews, screening og efterfølgende gruppeinterviews med koordinatore og samarbejdspartnere, litteratursøgning, løbende tilstedeværelse i felten samt baggrundsviden.

Metoden og dens anvendelse i afhandlingen

Tegneøvelser kan være et godt værktøj i kvalitative studier og har tidligere været anvendt af forskere som et supplement til den eksisterende litteratur (se fx Seemann 1996, Antoft & Seemann 2002 og Breidahl & Seemann 2009a). Det er en datagenereringsmetode – et andet sted betegnet som 'en indirekte projektiv teknik' (Bloksgaard & Tanggaard Andersen 2012:42) – som især med held er brugt til fokusgruppeinterviews, idet den enkelte medarbejder får anledning til at tegne sin oplevelse af organisationen og sig selv eller andre i relation hertil, og efterfølgende at fremlægge og fortolke for tilhørere. Tilhørerne har tillige mulighed for at diskutere deres egne oplevelser i forhold til tegnerens og andres, hvorved forskerens samlede dataproduktion øges. I indledningen til Tidsskrift for Arbejdsliv lyder det om en artikel af Breidahl og Seemann omhandlende forholdene på et dansk jobcenter: "*disse tegninger kan tjene som et diagnostisk værktøj, der synliggør konkrete problemstillinger, som forskeren ikke har foregrebet i sit interview-design. Samtidig kan tegninger være et forankringspunkt og dynamo for deltagernes dialog*" (Tanggaard Andersen et al. 2009:6). Ikke mindst fordi, tegningerne kan være fantasifulde og kreativt udført. Ifølge Breidahl og Seemann går tegneøvelsen ud på "*at få organisationsmedlemmer til at tegne deres organisation med henblik på at give deres organisatoriske erfaringer og vurderinger et billedligt udtryk*" (2009b:8). Herved bidrager den som datagenereringsmetode til at videreudvikle det klassiske fokusgruppeinterview.

Som et diagnostisk værktøj og dynamo for en dialog hos Breidahl & Seemann (2009b) og som kilde til data i visuel forskning hos Foss (2011), har inddragelse af tegninger ikke en lang tradition. Breidahl og Seemann er inspireret af psykoterapiens tegneterapi, organisationsteoretiske billeder (metaforer), og de trækker desuden på viden om anvendelsen af tegneøvelser genereret indenfor visualiseringsteknik. Fra tegneterapien har de lånt betegnelsen diagnostik, som

de ønsker at udføre som en form for diagnostisering af den valgte organisation. I deres udlægning af Fausing (1993) og Hostrup (1992) er hensigten med tegneterapi indenfor psykoterapien at åbne for nye måder at udtrykke sig på ved at aktivere patientens højre hjernehalvdel og på den måde at opnå: *"..en slags genvej til at kunne udtrykke behov, opfattelser og følelser og til ud fra nye oplevelser at kunne stille nye spørgsmål og få ny indsigt og forståelse.."* (Breidahl & Seemann 2009b:11). Herunder at skabe en mulighed for patienten til at udtrykke ting, som er vanskelige at kommunikere verbalt. Desuden kan det tilføjes, at der i terapien eksisterer en betegnelse, dialogbilleder, hvor man anvender billeder til at skabe dialog med forskellige målgrupper og reflekterer over forskellige kategorier af spørgsmål, som kan stilles til patienten (Christensen & Grann 2015:12-13, 63-70). Fra organisationsteorien trækker Breidahl & Seemann (2009b) på Morgan (1993), som har forsøgt at supplere den klassiske organisationsdiagramform af kasser og boller samt de mere abstrakte og teoretiske metaforer for organisationer med metaforer og billeder af fx hjerner eller spindelvæv. Disse hævdes at tale mere direkte til os som mennesker og indfange vores interaktioner i organisationer. Med denne inspirationskilde for tegneøvelsen som metode ønsker de at bidrage til nytænkning indenfor den del af organisationssociologien, som anvender organisationsbilleder (Breidahl & Seemann 2009b:12). Breidahl & Seemann trækker desuden paralleller til det, de betegner som visualiseringsteknikker, hvor de har ladet sig inspirere af Samantha Warren (2005, 2008). Med Warren fremhæver de, at der er stor varians i brugen af visualiseringsteknikker, hvoraf nogle ligger tæt på tegneøvelsen som metode. Det handler om de teknikker, hvor personer får mulighed for at udtrykke sig om et emne med støtte i et billede eller gennem et billede. Ifølge Breidahl og Seemann er forskellen på tegneøvelsen som metode og Warrens visualiseringsteknikker, at der ved tegneøvelsen som metode lægges mere vægt dels på gruppedynamikker dels på muligheden for at opnå en dialog med billedet som dynamo (2009b:13).

Breidahl og Seemann (2009b) fremhæver, at der så vidt vides ikke er anvendt tegneøvelser som metode i den model, som de benytter. Derved kan man hævde, at måden at anvende tegneøvelsen på i afhandlingen ligeledes er med til at bryde nyt land. Blot skal det indskydes, at jeg dog ikke beder deltagerne tegne deres organisation, hvilket er tilfældet hos Breidahl og Seemann (2009b), men jeg beder dem derimod om at tegne 'sig selv' eller en koordinerende funktion. I artiklen "Det visuelle i sygepleieforskningen. En lite utnyttet mulighed" understøtter Foss (2011) Breidahl og Seemanns appel. Foss ønsker at synliggøre et uudnyttet potentiale indenfor det, hun betegner 'visuel forskning', en samlebetegnelse for anvendelse af visuelle data indenfor sygeplejeforskning. Ifølge Foss kan man se en tradition indenfor antropologien for at anvende visuelle data, eksempelvis i form af fotos som dokumentation og senere også filmoptagelser. Ligeledes efterfølgende indenfor sundhedssociologien (2011:236). Men hun efterspørger en interesse i at anvende visuelle data fra

sygeplejeforskningen, idet billeder netop anvendes på forskellig vis i selve sygeplejeforskningen. Med inspiration i Banks (2001) udlægger hun tre forskellige typer af visuel forskning, hvoraf særligt den ene er relevant i forhold til afhandlingens tilgang til tegneøvelsen som metode. De tre typer er henholdsvis visuelle data skabt af forskeren, billedlige repræsentationer skabt af informanter samt anvendelse af allerede eksisterende billedmateriale (Foss 2011:237-240). Materiale kan eksempelvis skabes af forskeren i form af videoobservation med henblik på at fange en større del af det kommunikerede, indfange flere detaljer eller efterfølgende at drøfte optagelserne med de filmede. Billeder skabt af informanterne selv er den anden type af visuelle data. Målet med denne form for dataindsamling er, at mening eller forståelse: "... skabes i dialogen *mellom bilde, fotograf og forsker*" (Foss 2011:237). Det kan fx være fotos, som skal give indsigt i en privat del af livet for en patient ramt af en kronisk sygdom, eller det kan være tegninger typisk rettet mod børn, som på den måde gives en 'stemme'. Men tegninger giver også voksne personer en stemme til at formidle vanskelige emner lige fra livet med sygdom til usagte ting i organisationer, som ellers ikke italesættes af medarbejderne (ibid:238). Jeg berører den sidste ting yderligere senere i dette afsnit. Den tredje og sidste måde at anvende det visuelle i forskning er den, der centrerer sig om forskerens brug af allerede eksisterende materiale: "...enten som data i sig selv eller som udgangspunkt for å få data" (Foss 2011:238). Sidstnævnte kan eksempelvis være at anvende et billede som udgangspunkt for refleksion under et interview eller som hjælp til at spore interviewpersoner ind på en problematik eller en retning for refleksionen. Begge dele er anvendt i afhandlingen, idet forløbskoordinatorer såvel som samarbejdspartnere fik præsenteret eksempler på billeder af organisationer med inspiration i Ry Nielsen (1981), og samarbejdspartnere fik desuden præsenteret eksempler på tegninger lavet af forløbskoordinatorer. Førstnævnte omkring mere direkte anvendelse af data i sig selv handler om at se et billede eller en tegning som en kanal til kommunikation af et budskab. I afhandlingen har jeg tilnærmelsesvis anvendt denne tilgang, når jeg har inddraget tegninger som illustrative eksempler på en pointe, eventuelt understøttet af en del af tegnerens fremlæggelse af tegningen.

Metodens muligheder og begrænsninger

Anvendelsen af visuelle data har muligheder såvel som begrænsninger, hvoraf flere allerede er nævnt. Vigtigt er det at pointere, at hensigten med at fremhæve tegneøvelsen som metode i afhandlingen ikke er at negligere betydningen af øvrige metoder, som bruger ord og frembringer tekst. Men som Foss (2011:242) ligeledes er inde på, er tegninger, fotos, billeder, film og andet visuelt materiale kilder til data på linje med øvrige kilder og kan anvendes eller inddrages, hvor forskeren skønner, at det gavner. Breidahl og Seemann (2009b:20-22) taler for at

inddrage tegneøvelsen som led i fokusgruppeinterviews med henblik på i den enkelte undersøgelse at øge interviewformens styrker. Samtidig taler de for tegneøvelsens bidrag til en videreudvikling af fokusgruppeinterviewet som kvalitativ metode. Tegneøvelsen kan give deltagerne en ny måde at skildre en velkendt problematik, og den gør det således, at den fremmer den detaljerighed, som allerede karakteriserer fokusgruppedata. Dette skyldes ikke mindst, at en tegning kan udtrykke et budskab på en meget direkte facon, som kan stimulere til dynamik blandt deltagerne. Ligeledes bringer tegneøvelsen de mere stille deltagere frem, idet alle får bud på at tegne en tegning, eventuelt sammen med en eller flere øvrige deltagere. Breidahl og Seemann kommenterer, at gruppeinterviewet er underlagt den begrænsning, at deltagerene kun siger det, de ønsker at sige. Men hertil kan man hævde, at forskeren gennem tegneøvelsen ligeledes får adgang til nogle af de opfattelser, som tegneren uintentet kommunikerer ud gennem sin tegning. En samarbejdspartner fremstillede en forløbskoordinator sidende i et lille rum i et hjørne af en kælder i et stort kommunalt hus (figur 7, kapitel 2, tegningen 'Usynlig samarbejdspartner'). Efterfølgende gav tegneren udtryk for at sidde med en oplevelse af, at dette ikke var en berettiget udlægning af forløbskoordinatorens rolle og funktion. Ikke mindst i den efterfølgende dialog følte tegneren sig tilskyndet til at moderere sit udtryk og derved sin forståelse. Dette er et eksempel på, at en tegning kan have et intenderet såvel som et ikke-intenderet budskab, og tegneøvelsen kan herigennem bidrage med en uddybning af data.

Derudover kan tegneøvelsen åbne op for dannelsen af relationer på tværs i fokusgruppen, idet muligheden for at kommunikere deltagerne imellem bliver større. Deltagere kan tage initiativ til at stille spørgsmål til en tegner om tegningen, og samtidig er tegningen et fysisk produkt, der hænger under hele interviewet. Derved vil der være mulighed for forsker og deltagere for at vende tilbage til en konkret tegning efterhånden som nye tegninger kommer op at hænge, og nye tegnere kan lade sig inspirere af andre tegnere i deres fremlæggelse af egen produktion. Herved bidrager tegneøvelsen til dynamik og vidensproduktion.

Tegningen kan desuden fastholde kompleksiteten i en problemstilling, hvilket kan udvide diskussionen og berige data, idet deltagere og forsker kan vende tilbage til tegningen med det formål at belyse nye og endnu ikke udforskede detaljer.

Bidrag til vidensproduktion

Som diagnostisk værktøj, i Breidahl og Seemanns (2009b) terminologi, bidrager metoden til at 'tage temperaturen' på en given organisation, og ud fra en fænomenologisk orientering til at få indsigt i koordinators og samarbejdspartneres erfaringer. Som dynamo for en dialog er tegneøvelsen ud fra en konstruktivistisk position med til at skabe betydning. Disse perspektiver kan man ligeledes argumentere for er til stede hos Foss (2011), idet eksempelvis et fotografi kan være et udtryk for, hvad der er væsentligt at fortælle om livet med fx astma. I et fænomenologisk perspektiv får forskeren en indsigt i patientens erfaring ved at se billedet og høre patientens udsagn. Foss betegner netop billedet, der er produceret af interviewpersonen selv, som en 'billedlig repræsentation', med hvilket menes, at billedet repræsenterer patientens oplevelse af virkeligheden, og således er en fremstilling af 'livsverdenen' eller hverdagslivet, som det erfarer af denne patient (Schutz 2005:12,29-30). Men Foss hævder netop også, at parterne sammen: "...*utesker billedenes betydning og/eller mening*" (2011:237). Samlet kan man derfor hævde, at der forskeren opnår en indsigt i en mangfoldighed af forståelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion, og at disse forståelser ikke er givet på forhånd, men skabes i den sociale interaktion og samtale mellem forsker og informanter.

Hastrup et al. skriver: *"Billeder afspejler aldrig blot en levende virkelighed: de tilføjer noget særligt, noget, som sætter os på sporet af nye opdagelser, nye indsigter, som vi ikke kunne have fået uden billederne"* (2011:116). Ud fra dette perspektiv kan billeder og tegninger bibringe forskeren nye vinkler i forskningsprocessen og afføde spørgsmål i forsøget på at komme tættere på de nye indsigter (O'reilly 2012:164-168). Derved kan man se det som en styrke ved tegninger som datamateriale, at man kan søge at forstå tegningens motiv og samtidig forholde det til den sammenhæng, som det optræder i. Jeg er her inspireret af en forsker som O'reilly (2012:164-169), der i sin beskrivelse af nye retninger for etnografien belyser mulighederne for at anvende forskellige typer af visuelt materiale produceret af deltagerne med henblik på at berige det kvalitative datamateriale og dermed analysen. Forskeren stiller spørgsmål til det visuelle materiale og får herved del i en implicit viden. Jeg bevæger mig, som nævnt, på to niveauer ved dels at fokusere på, hvad tegningerne forestiller, dels at give bud på tolkninger. Med O'reilly kan man hævde, at tolkningen kan handle om at undersøge, hvordan der tales om tegningerne, og hvordan de ligeledes anvendes til at få andre emner til debat (ibid.:165). Det er dette, Hastrup et al. ligeledes taler om, når de hævder, at intet billede kan stå alene som dokumentation i sig selv, idet der altid sker noget *"lige uden for billedet, som hører med i historien"* (2011:124). Måden, hvorpå jeg anser tegningerne anvendt i ph.d.-undersøgelsen, kan jeg således med O'reilly beskrive på denne måde: *"ethnographers are using visual and other media in creative and interactive ways with research participants in the joint analysis and production of*

ethnographic stories” (2012:169). I koordinatorernes og samarbejdspartnernes produktion og fremlæggelse af tegningerne både reproduceres og rekonstrueres forståelser af koordinatorernes rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde.

Formålet med at anvende tegneøvelsen i ph.d.-projektet har været at give deltagerne en ny måde at angribe seminarets problemstilling og sætte ord og begreber på deres erfaringer med og oplevelser af forløbskoordinatorer. Det billedlige udtryk gav størsteparten af deltagerne en mulighed for at komme omkring mere ømtålelige emner. Øvelsen blev taget alvorligt, og alle lagde energi i det kunstneriske udtryk. Som også Breidahl og Seemann (2009b) er inde på, medvirkede ejerskabet af omdrejningsprodukterne for dagen til aktiv deltagelse, engagement og – som seminaret skred frem – til mindre overfladiske og mere tilbundsående meningsudvekslinger.

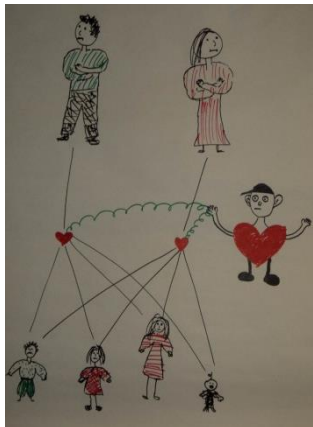
Tegneøvelsen betegnes af Breidahl og Seemann (2009b:22) som en *”..konstruktiv brik”* i forståelsen af komplekse organisatoriske problemstillinger og processer. Den samspiller med og kan berige fokusgruppeinterviewmetoden, hvilket er beskrevet tidligere i dette afsnit.

Kort fremvisning af tegningerne

Tegningerne tjener både som illustrationer og som udgangspunkter for analyse. Alle 12 tegninger kan ikke være med på samme tid i afhandlingens analyser, og derfor har jeg valgt konkrete tegninger ud forskellige steder i teksten. Nedenstående giver en oversigt over det samlede antal tegninger (i alt tolv) bragt i et lille format, og der gives ligeledes en kort præsentation, men yderligere beskrivelse og analyse er indeholdt i afhandlingens øvrige kapitler.

Fem tegninger af koordinatore

Figur 1. Tegningen 'En familie'



Tegningen er lavet af to koordinatore ansat i delestillinger mellem et sygehus og en kommune. Koordinatorerne er ikke ansat de samme steder, men deler et ønske om at bistå parterne i styringen af og kontakten til fælles brugere af sundhedsvæsenet. Samtidig har de enedes om at illustrere den delestillingsansatte som en figur med et stort hjerte.

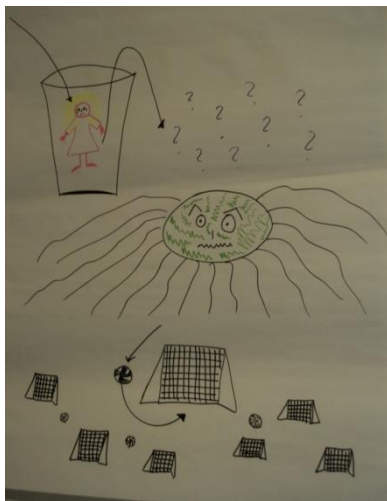
Figur 2. Tegningen 'Æbletræet'



Æbletræet er tegnet af to forløbskoordinatorer ansat i hver sin kommune. Koordinatorerne deler mange af de samme erfaringer med arbejdet som

koordinatorer, og udtrykker en homogenitet i deres opfattelse af muligheder og begrænsninger for forløbskoordinatoren i tværsektorielt samarbejde.

Figur 3. Tegningen 'Edderkoppen'



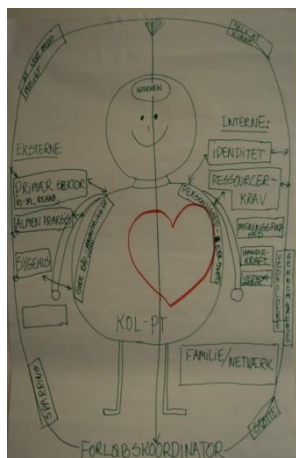
Edderkoppen er tegnet af to forløbskoordinatorer ansat i samme kommune indenfor hver sit sygdomsområde. De giver udtryk for et stærkt tilhørsforhold til egen organisation, idet de anvender betegnelsen 'vi kommunen'. Men de er samtidig tydelige omkring deres unikke position som koordinatorer overfor andre medarbejdere og i fordelene ved at være en treenighed af koordinatorer i samme kommune (den tredje koordinator deltog blot ikke i arbejdsseminar 1).

Figur 4. Tegningen 'Vandkanden' (The Water Can)



Vandkanden er tegnet af en medarbejder, som til sit arbejde som kommunal sygeplejerske har fået tilskrevet en forløbskoordinatorfunktion. Hun ser sig selv i et skisma mellem på den ene side sit eget ønske eller opfattelse af sin funktion, som den der bidrager positivt til borgerens oplevelse og forløb (heraf metaforen vandkande), og på den anden side en opfattelse af ikke sjældent at blive betragtet som en 'tidsel' blandt 'blomster' af kommunale kolleger og samarbejdspartnere.

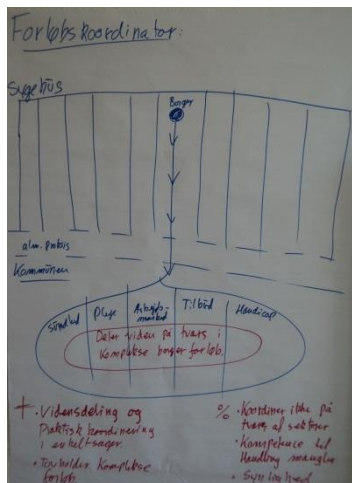
Figur 5. Tegningen 'Patienten i centrum'



Af denne tegning kan man forstå, at tegneren (en forløbskoordinator ansat som en del af et forskningsprojekt omkring KOL-patienter) forstår forløbskoordinatorens rolle som den altfavnende, og at funktionen først og fremmest består i at nå 'hjerne' og 'hjerne' hos patienten. For denne tegner lader det til at være særlig vigtigt, at patienten støttes i at kunne så meget som muligt selv, og for at kunne facilitere denne udviklingsproces så godt som muligt, skal koordinatoren evne at understøtte både sygdomsmæssige, organisatoriske, sociale og psykologiske behov.

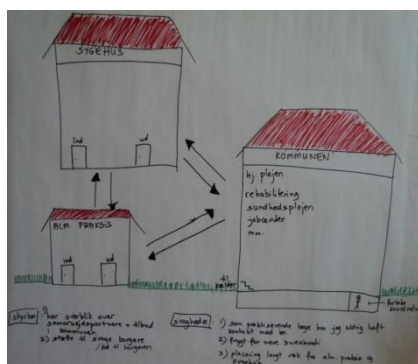
Syv tegninger udført af samarbejdspartnere

Figur 6. Tegningen 'Forløbskoordinator'



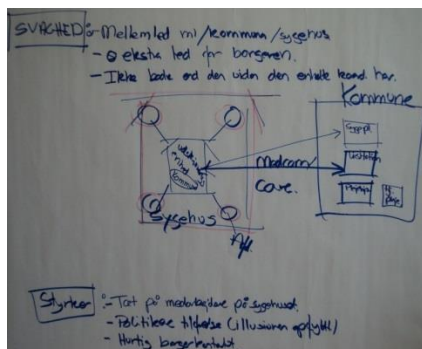
Tegneren af 'forløbskoordinator' har en kommunal ledelsesfunktion, og har tegnet sin opfattelse af rolle og funktion for kommunens forløbskoordinator. Tegneren har forstået rollen som en følge-hjem-funktion, og han beskriver koordinatoren som en erfaren kommunal sygeplejerske, som kan få ting til at ske for borgeren på tværs af kommunens forvaltninger. Han ser dog ikke koordinatoren som en koordinerende person på tværs af sektorerne.

Figur 7. Tegningen 'Usynlig samarbejdspartner'



Tegningen er lavet af en repræsentant fra almen praksis, og denne har tegnet forløbskoordinatoren som en undseelig størrelse i et fjernt lokale af kælderens i et stort kommunalt hus. Herved giver denne læge udtryk for, at forløbskoordinatører ikke er synlige for hende som praktiserende læge, og dermed, at hun er usikker på, hvad hun skal anvende koordinatørerne til, og som følge heraf bekymres over, om sådanne blot vil skabe yderligere bureaukrati i systemet. Herved går potentialet i koordinatørfunktionen, hvilket hun hævder godt at kunne se, tabt.

Figur 8. Tegningen 'Etablering af en udskrivningsmodel på sygehuset'



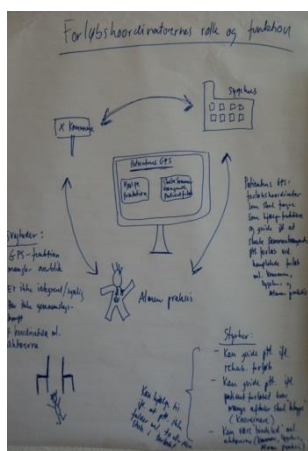
Denne tegning er lavet af en kommunal samarbejdspartner, og denne deler samme bekymring, som den alment praktiserende læge i tegningen ovenfor; at man ved en udskrivningsmodel (som tegneren betragter som et parallelt eksempel til indsatser med forløbskoordinatører) skaber et u hensigtsmæssigt ekstra led i organiseringen af det tværsektorielle samarbejde.

Figur 9. Tegningen 'Forløbskoordinatoren – blæksprutte eller spøgelse?'



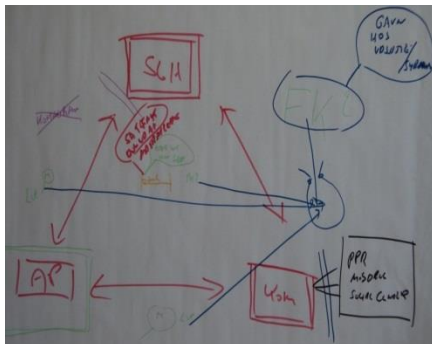
Tegningen er lavet af en leder i sygehusregi med henvisning til et kapitel i sundhedsaftalen (den på datoen for arbejdsseminar 2 gældende) vedr. indlæggelse og udskrivelse. Det blev i processen med at lave tegningen vigtigt for tegneren at understrege egen tvivl om, hvorledes en forløbskoordinator bedst afbildedes: som en blækspruttefunktion for patient og personale eller et spørgsmål i betydningen en 'flagrende' sundhedsperson uden forbindelse til resten af sundhedsvæsenet.

Figur 10. Tegningen 'Forløbskoordinatoren – patientens GPS'



Tegningen udtrykker en umiddelbar positiv forestilling om forløbskoordinatorens rolle og funktion med forløbskoordinatoren i centrum som patientens hjælpfunktion og guide i forhold til at skabe sammenhæng mellem sygehus, kommunen og praktiserende læge. Samtidig tillægger tegneren forløbskoordinatorens funktion den samme ambivalente betydning som tegneren ovenfor omkring indlæggelse og udskrivelse, idet funktionens styrker samtidig bliver dens svagheder.

Figur 11. Tegningen 'Den kaotiske kompleksitet'



Tegneren, en repræsentant fra almen praksis, ønsker med sin tegning at illustrere sin opfattelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Dette gør han ved at skitsere den traditionelle trekant og vurdere koordinatorens betydning for relationen sygehus-almen praksis, almen praksis-kommune samt kommune-sygehus. I alle relationer ender forløbskoordinatoren 'i sækken', på nær som en mulig støttefunktion for særlig sårbare borgere som fx misbrugere. Tegneren ønsker, at man i stedet eksempelvis arbejder for at styrke forholdet mellem almen praksis og kommuner.

Figur 12. Tegningen 'Ischæmisk rehabilitering'



Sidste tegning udtrykker to hospitalsansattes bekymring over, hvad de anser for svagheder ved sektorovergange, og de har taget udgangspunkt i den generelle situation på deres fælles afdeling og rehabiliteringsteam omkring

kommunikation på tværs om hjertepatienters videre forløb fra hospitalet. De ser en fordel i en forløbskoordinator tilknyttet afdelingen som en støttefunktion for svage borgere.

Samlet giver tegningerne et indblik i tolv fagpersoners opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Tegnerne har alle taget stilling til styrker og svagheder ved koordinatorene, og nogle har et indgående kendskab til konkrete koordinatore, mens andre taler ud fra en forforståelse og en holdning til, hvordan de ser sundhedsvæsenet bedst indrettet, ikke mindst ud fra egen position i forhold til sektor, profession og hierarkisk niveau. De syv tegninger lavet af forløbskoordinatorer og delestillingsansatte er figurative med et levende og varieret metaforbrug, som oftest inddrager naturen eller menneskelige følelser og relationer mellem mennesker illustreret ved fx 'bankende' hjerter. Der er tydelig mimik i form af eksempelvis afvisende eller betuttede ansigter, koncentration og glæde. Med undtagelse af et enkelt billede er disse tegninger karakteriseret ved at indeholde meget lidt skrift, og tegneren eller tegnerne har ladet det enkelte billede fortælle sin egen historie. Tegningerne udtrykker erfaringer fra virket som koordinatore, og koordinatorenes forståelse af formålet med arbejdet som koordinator fremgår tydeligt. Man kunne tolke, at gruppen af koordinatore ønsker at fremstille sig selv som medarbejdere med patienten for øje, men som samtidig er bevidste om, at både de selv som professionelle og patienten indgår i et samspil med det resterende sundhedsvæsen. Jeg er her inspireret af Vindum (2013), der taler om analyse af billeder som bestående af en undersøgelse af det umiddelbare i billeder samt tolkning af billeder.

Ud fra samarbejdspartnernes tegninger kan man forstå, at det for disse i højere grad end for koordinatorene er vigtigt at fremhæve forløbskoordinatoren som en rolle og funktion i en sundhedsorganisation. Der er her oftere tale om tegninger bestående af skitseringer og diagramlignende figurer med et højere abstraktionsniveau og færre metaforer. Dynamikken i tegningerne lader forstå, at de er produceret af medarbejdere med et ligeså stort engagement og interesse i sundhedsvæsenet som gruppen af koordinatore, men samtidig peger hovedparten af tegningerne på en gruppe af fagpersoner, der overfor hinanden er mere trænede i at tale og tænke i organisatoriske termer og skel, end i blødere værdier som følelser og menneskelige relationer.

Transskribering

Jeg har besluttet selv at renskrive og transskribere mit materiale. På trods af at det er en tids- og ressourcekrævende proces, er der flere fordele end ulemper for min undersøgelse ved selv at behandle lydfilerne. Eksempelvis er jeg enig med

Kvale og Brinkmann i, at jeg under transskriberingen bliver mindet om aspekter af interviewet, som en udefrakommende ikke har oplevet og derfor ikke kan gengive, fordi det ikke fremgår af lydfilen (2010:202). Desuden vil jeg gerne minimere fejl i forhold til genkendelsen af stemmerne, når de fx taler meget hurtigt eller oven i hinanden. Jeg er fx også mere vidende om, hvor en sætning slutter, og kan bedre overskue lange sætningskæder, fordi jeg kan genkalde mig den situation, hvor de har optrådt (ibid.:206-207). Alt i alt mener jeg, at forskeren, som har været til stede, har større mulighed for at kunne danne mening af udvekslinger i fokusgrupper.

Transskribering og referater til seminarernes deltagere

Udskrivningsprocessen er foregået i to tempi. I den første fase har jeg arbejdet med transskribering af noter og lydfiler. Til det første arbejdsseminar har jeg udskrevet og korrigeret mine noter med hjælp fra lydfilerne, mens jeg til det andet arbejdsseminar har valgt at lave en udtømmende transskribering af seminardagen. Begge udskrifter er så ordrette som muligt, for at jeg i analysen har mulighed for at nærlæse passager med fx tvetydige formuleringer eller specifikke udvekslinger. I den anden fase har jeg skrevet deltageres udsagn sammen til afsnit, som udgør de referater fra seminarerne, som deltagerne har fået tilsendt. Dette har jeg gjort for at gøre teksten kortere og mere læsbar, men jeg har samtidig forsøgt at bevare detaljerigheden i meningsudvekslingerne og trukket væsentlige citater frem. Derved har jeg øget muligheden for, at flest muligt faktisk har læst referatet, og dermed øget valideringen af data ad denne vej. I min analyse er det min hensigt at trække på udskriftsmateriale fra begge faser, dvs. både de renskrevne noter korrigeret ved hjælp af lydfilerne, den udtømmende transskribering samt de komprimerede referater. Ligeledes har jeg genhørt passager fra lydfilerne for at genkalde mig tonefald, tøven, humoristiske indfald og følelsesmæssige udbrud. Dette har ikke mindst haft betydning for min forståelse og formidling af de producerede tegninger og tilhørende fremlæggelser. Lydfilerne har bevaret data levende og inspirerende for mig i min forskningsproces og givet mig en oplevelse af stadig at have 'føling' med felten.

Forståelse af samtalerne

Transskribering af fokusgruppeinterviews er ikke nogen enkel opgave (O'reilly 2012:135-136). Det kan, som nævnt, fx være et problem, når folk taler i munden på hinanden. Særligt er der flere steder under andet arbejdsseminar, hvor det ikke har været muligt for mig at tyde alle sætninger, fordi stemmerne ligger 'oven i hinanden' på lydfilen. Der er ligeledes informanter, som taler meget mumlende,

afkorter ord eller taler meget hurtigt, hvorved sætningerne bliver mindre forståelige på en lydfil, hvor forskeren ikke har mundbevægelser og ansigtsmimik eller kropssprog at støtte sig til. Der er enkelte sætninger, som jeg ikke har fået med i mine noter, og som jeg ikke kan høre på lydfilen. Hvis jeg har oplevet store problemer med at høre en sætning, har jeg undladt at transskribere den for ikke at komme til at tillægge den et forkert meningsindhold. Jeg har dertil i parentes skrevet, at sætningen fortsatte, eller jeg har sat prikker. Jeg har valgt at lave overskrifter i transskriberingen af andet arbejdsseminar, fordi det letter læsningen for mig selv. Men dette er blot for læsevenlighedens skyld. Lydfilen har været en stor hjælp, fordi samtalerne på dette arbejdsseminar indimellem gik hurtigt og også indimellem indeholdt en sundhedsprofessionel indforståethed, som jeg ikke har haft indblik i.

Anonymisering og citatbrug

Deltagerne har alle haft mulighed for at redigere referatet fra det arbejdsseminar, de deltog i, med henblik på at mindske genkendelighed.

I referaterne er udsagn, som peger på en bestemt dialekt, redigeret, idet det vil være relativt nemt at afsløre informantens identitet på baggrund af dennes dialekt. Samtidig er dialekter ikke af betydning for det undersøgte fænomen, og jeg har derfor valgt at udelade dem i de citater, jeg anvender, både i referater og i selve afhandlingen.

Citater er anvendt i den udstrækning, de bidrager til viden eller understøtter en pointe i teksten. Kvale og Brinkmann (2010) gør ligeledes opmærksom på en pointe, som jeg selv har oplevet. Citater bør redigeres på et minimalt niveau, men nok til, at informanten ved gennemlæsning ikke føler sig talt ned til.

Jeg har for nemheds skyld valgt ikke at nummerere forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere. Der har ikke været behov for at differentiere dem, idet der er stor overensstemmelse i udsagn på henholdsvis arbejdsseminar 1 og 2. Men jeg skelner mellem eksempelvis delestillingsansatte og forløbskoordinatorer, kommunale repræsentanter, sygehusrepræsentanter og repræsentanter fra almen praksis, hvor det giver mening.

Bagudskuende refleksioner om arbejdsseminarerne

Jeg vil fremhæve to ting, som særligt har beriget min empiri: tegneøvelsen og de delestillingsansatte. Tegneøvelsen har som en velegnet metode bidraget til at

give en i øvrigt svær definerbar rolle og funktion et udtryk, der rækker ud over gængse ord og begreber. Ligeledes bidrager den til at forstå forskelle i tænkningen hos de forskellige parter, idet eksempelvis engagementet i øvelsen var stor under begge seminarer, mens deltagernes udformning af tegningerne var forskellig. Koordinatorerne på det første seminar havde gavn af at udtrykke sig meget metaforisk, mens de potentielle samarbejdspartnere hovedsageligt illustrerede deres tanker og overvejelser gennem skematiske tegninger med kasser og boller. Inddragelse af delestillingsansatte mellem kommune og hospital sammen med forløbskoordinatorerne har udvidet min empiri og derved gavnet undersøgelsen. Forskelle i opgaver, forankring mm. har givet frugtbare refleksioner i mine feltnoter, som jeg har anvendt i afhandlingens analyser.

I de følgende afsnit vil jeg give eksempler på retrospektive overvejelser over fordele og ulemper ved måden, hvorpå min dataindsamling i relation til arbejdsseminarerne og tegneøvelserne har fundet sted. Denne diskussion hæfter sig desuden på diskussionen af forskerroller i afsnittet om kvalitetskriterier, side 87.

Om de fremmødte deltagere

Som nævnt var flere personer end de, der endte med at møde frem, inviteret til at deltage. Dette kan ikke mindst skyldes tidspresset i de respektive organisationer. Men mere interessant er det at forholde sig til, hvor informanterne får deres viden fra. I mine noter fra andet arbejdsseminar har jeg gjort mig overvejelser over, hvor tæt på praksis samarbejdspartnere er, idet dette kan have betydning for, om de udtaler sig på baggrund af konkrete erfaringer med forløbskoordinatorer eller på baggrund af en generel idé eller holdning til denne type koordineringsaktivitet: *"Hvordan forholder disse (samarbejdspartnere) sig til udførende niveau? Er de en del af dette? Hvor informeret er de om praksis fra frontmedarbejderne på udførende niveau? Er de i stand til at sætte sig ind i disse arbejdsfunktioner og arbejdsgange, eller er de mere distancerede, og vil deres oplevelser derfor være af en mere generel og abstrakt karakter præget af den ledelsesmæssige dagsorden? Hvilken viden kan jeg forvente at få fra disse deltagere?"* (feltnoter, arbejdsseminar 2).

Ligeledes har jeg gjort mig overvejelser om homogenitet vs. heterogenitet i grupperne. Følgende refleksioner er igen fra mine noter umiddelbart før andet arbejdsseminar: *"Er det tilfældigt, at der mødte så mange repræsentanter op fra den samme afdeling på det samme hospital? Hvad kan det give min undersøgelse, at der er en repræsentant fra en kommunal beskæftigelsesafdeling repræsenteret på seminaret, og som i tillæg også er chef? Hvad kan det give, at der er et ledelsesniveau repræsenteret – både på hospitals- og kommunal side?"*

(feltnoter, arbejdsseminar 2). Idet jeg baserer undersøgelsen på opfattelser og udsagn, er det relevant at forholde sig til, hvem de fremmødte er, og hvordan de kan bidrage til en forståelse af forløbskoordinatorernes rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Herunder hvorfor de ytrer sig, som de gør.

Dette er således nogle af de overvejelser, jeg har gjort om de fremmødte. At sammensætningen af fokusgrupperne har betydning for de data, jeg får, kan der næppe være tvivl om. Men sammensætningen gør ikke, at jeg ikke har data til at kunne svare på afhandlingens forskningsspørgsmål.

Udsagn og typer af viden

Arbejdsseminarerne har givet anledning til overvejelser for mig over de udsagn, der er kommet, og over den viden, der kan forventes at komme ud af udsagnene. O'reilly er inde på dette, idet hun skriver: *"Group interviews offer another way of exploring people's stories, how they tell them, and how they frame them"* (2012:134). Jeg ønsker at forholde mig kritisk og undersøgende til det sagte og til informanternes bevæggrunde. På den måde betragter jeg ikke deltagernes udsagn som sandheder, men ønsker at reflektere over, hvorfor svarene falder, som de gør. Kommer informanterne fx til at sige det, som de tænker, at forskeren eller de øvrige deltagere gerne vil høre? Eller som de selv gerne vil tro? Justesen og Mik-Meyer (2010:25) er inde på dette, når de fremhæver den fænomenologisk orienterede forskers interesse i at undersøge informanternes motiver for handling. På samme måde ønsker jeg at forholde mig kritisk til forskerens indflydelse på den viden, der kommer ud af et interview. Dette behandler jeg i afsnittet om forskerroller, side 87.

Indforståethed

Såfremt man som forsker kender sine informanter på forhånd, kan der opstå situationer, hvor man taler til dette forhåndskendskab i dialogen. Dette kan på den ene side bruges konstruktivt og bibringe interviewet en større dybde, men det kan på den anden side også lukke af for dele af samtalen, idet der er viden, der tages for givet, og som derfor ikke italesættes for de øvrige seminardeltagere.

En anden type indforståethed kan forekomme, hvis man som forsker anser det for sandsynligt, at informanterne har samme forståelse af centrale betegnelser. Her vil informanter, som har en skoling eller en måde at tænke på, som ligner forskerens, sandsynligvis have samme forståelse af begrebet. Derved kan man anvende ordet i løbet af et helt interview uden egentlig at diskutere dets

betydningsindhold. Dette kan der være en fordel i, såfremt man ønsker at få informanternes mere ubundne associationer, mens man andre gange kunne diskutere og problematisere begrebet for derved at tilsætte nogle nuancer til den fælles forståelse. Eksempelvis har jeg noteret, at jeg under andet arbejdsseminar har reflekteret over en oplevelse af, at vi arbejdede ud fra den opfattelse, at vi alle var enige om, hvad vi talte om, når vi fx talte om koordinering, og hvornår en fagperson udførte koordinerende aktiviteter. Derfor var der også fra start konsensus om en spontan udtalelse, som efterfølgende 'kom til at leve sit eget liv' dagen igennem: *"Forløbskoordinatorer koordinerer ikke noget!"* (feltnoter, arbejdsseminar 2). Det interessante er her, at udsagnet bygger på en forståelse af koordinering som udelukkende organisatorisk og ikke meningsskabende. At koordinering kan forstås tosidigt, er netop pointen i det ene citat fra et AKF-speciale, som dannede udgangspunkt for den fælles diskussion (se bilag 2), og som netop *ikke* handlede om, at forløbskoordinatorer *ikke* koordinerer noget, men at de koordinerer på en meningsskabende måde for borgeren.

Kvalitetskriterier

Med udgangspunkt i en position som fænomenologisk og socialkonstruktivistisk orienteret forsker, reflekterer jeg i de nedenstående afsnit over, hvorledes jeg forholder mig til undersøgelsens kvalitet. I afhandlingens analyser søger jeg at nå en dybere indsigt ud fra datamaterialet, ikke ud fra en målsætning om at nå til en 'sandhed', men snarere ud fra en forestilling om, at der eksisterer en flerhed af forståelser både i den udvalgte litteratur og blandt interviewpersonerne. Samtidig forstår jeg, at afhandlingens undersøgelse er et studie af et processuelt fænomen i takt med, at resten af sundhedsvæsenet udvikler sig. Som Antoft og Salomonsen er inde på, må jeg derfor blive ved med at stille nye spørgsmål til det empiriske materiale (2012:141). Jeg forestiller mig ikke, at jeg vil kunne få præcis samme viden af at afholde flere arbejdsseminarer. Jf. O'reillys kritiske pointe: *"Can we say that the way ideas emerge in this setting is how they would emerge in others?"* (2012:135). Der er netop tale om deltagernes selvfremsstillinger og opfattelser, og ligesom den interviewende, analyserende og skrivende forsker vil være medskabere af den opnåede viden, vil også læseren af afhandlingens analytiske fremsstillinger vurdere med sit eget blik (Kvale & Brinkmann 2010:294). Begge seminarreferater har været sendt ud til alle deltagere, og alle har haft mulighed for at gøre indsigelser: *"Kvalitative datas valideringsmulighed består netop i at afprøve, om undersøgeren deler tolkningsbillede med sit felt"* (Seemann 1996:53). Bryman kalder dette 'respondentvalidering' (2008:377). Reaktionen var beskedne, hvilket andre undersøgelser har påpeget ikke er ualmindeligt (se fx Breidahl & Seemann 2009a og b:60). Men eftersom få har svaret, kan jeg dog ikke vide, om deltagerne oplever deres virkelighed forstået. Jeg har ligeledes fremlagt mit projekt og mine data på forskningsgruppemøder på

universitetet og på afdelingsmøder i Afdeling for Sundhed og Sammenhæng samt på forskningsworkshops samme sted, og her nikkede man til, at denne viden er plausibel. Idet jeg, som nævnt, arbejder med en virkelighed, der ændrer sig og er dynamisk, vil afhandlingen være udtryk for et øjebliksbillede. Men afhandlingens konklusioner har en rækkevidde ud over dette øjebliksbillede.

Jeg er inspireret af to tilgange til vurdering af kvalitative undersøgelser, Bryman (2008) og Dahler-Larsen (2002). Bryman (2008) hævder at udlægge et alternativ til en vurdering af undersøgelser ud fra termene pålidelighed og validitet, og til den typiske forståelse af disse termer i sammenhæng med kvalitativ forskning (2008:377-380). I denne position vægtes kriterier som fx respondentvalidering, udførlig dokumentation af forskningsprocessen samt triangulering, dvs. anvendelse af flere undersøgelsesmetoder eller veje til dataindsamling. Jeg har netop anvendt flere veje til dataindsamling, idet jeg har analyseret officielle dokumenter, inddraget eksempler på tidligere studier, foretaget indledende ustrukturerede interviews, udvidede fokusgruppeinterviews med tegneøvelsen som teknisk redskab og visuelt virkemiddel i analyserne, produceret fyldige referater med efterfølgende deltagervalidering samt støttet mig til feltnoter med refleksioner og observationer. I Brymans alternative position vægtes desuden forskerens refleksion over sin påvirkning af forskningsprocessen, herunder af dataindsamlingssituationer.

Dahler-Larsens refleksioner over kvalitetskriterier i kvalitative undersøgelser kan samstemme og supplere disse foreløbige overvejelser. Dahler-Larsen fremhæver fem forskellige typer af kriterier og tre aspekter af et validitetsbegreb, hvilke jeg vil sætte i sammenhæng med nærværende undersøgelse. Der tages udgangspunkt i et videnssyn, som samstemmer med afhandlingens, idet Dahler-Larsen skriver: *"Hvis data i en kvalitativ undersøgelse ikke forstås som genspejlinger af den ydre omverden, men som interne konstruktioner i undersøgelsesforløbets system, bliver det umuligt at fastholde korrespondenskriteriet"* (Dahler-Larsen 2002:75). Underlægges en undersøgelse et korrespondenskriterie, skal den fremkomne viden kunne holdes op mod en sand viden, som afspejler virkeligheden. Men i kvalitative undersøgelser finder man netop ikke én sand virkelighed, men mange udgaver af samme virkelighed. Dog kan man hævde, at jeg i ph.d.-afhandlingen inddrager anden empirisk forskning omhandlende lignende interventioner ud fra et ønske om at forholde viden herfra til egne analyser samt, at denne forskning overordnet peger på flere af de samme problematikker, som der peges på i afhandlingen. Alligevel vil jeg tøve med at underlægge afhandlingen et såkaldt replikationskriterie, hvilket netop også var O'reillys pointe ovenfor, og ligeledes fremhæves af Dahler-Larsen (2002:76). Dahler-Larsen taler i stedet om reliabilitetskriteriet, hvor troværdige data fremkommer ved at benytte veletablerede undersøgelsesmetoder, hvilket i en kvalitativ undersøgelse kunne være interviews. Men heller ikke dette kriterie kan man ukritisk underlægge kvalitative undersøgelser, idet mange faktorer kan påvirke dataindsam-

lingssituationen således, at samme interviewspørgsmål ikke vil give de samme svar i forskellige undersøgelser. Dette skal være tilfældet, såfremt en metode kan hævdes at være pålidelig og føre til troværdige data i en undersøgelse underlagt reliabilitetskriteriet (ibid:76-77). Således er Dahler-Larsen, som Bryman (2008), kritisk overfor anvendelsen af termen pålidelighed som vurderingskriterie for kvalitative undersøgelser. Ligeledes tager Dahler-Larsen aspekter af et validitetsbegreb under behandling, og diskuterer dem som kriterier for vurdering af kvaliteten i kvalitative undersøgelser. Han skelner mellem kommunikativ validitet, håndværksmæssig validitet og pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet handler om at skabe dialog omkring udsagn, fx i form af respondentvalidering, hvilket jeg tidligere har været inde på. Dahler-Larsen gør opmærksom på, at denne type validering er afgrænset til en del af undersøgelsen, og på linje med denne opfattelse er det derfor i nærværende ph.d.-undersøgelse referater og ikke analysetunge dokumenter, som forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere forventes at forholde sig til. Ligeledes handler kommunikativ validitet om at invitere fx videnskabelige fagfæller til en diskussion af udsagn og tolkninger, hvilket jeg ligeledes har reflekteret over. De væsentligste kilder til denne type diskussioner har i ph.d.-forløbet været hoved- og bivejleder. Det vigtigste validerende aspekt i en kvalitativ undersøgelse er, ifølge Dahler-Larsen, undersøgelsens håndværksmæssige udførelse. Dette aspekt skiller sig ud ved at forholde sig til undersøgelsens proces, og er derved et kriterium til vurdering af denne. Han beskriver dette som: *"..undersøgerens autokommunikation"* (2002:79), hvilket jeg forstår som forskerens fortløbende refleksion over ting, der kan drive undersøgelsesprocessen fremad og henimod en besvarelse af projektets forskningsspørgsmål. Derfor handler det i mindre grad om at kunne udfylde en checkliste for processen (ibid), men i højere grad om at gøre sig løbende refleksioner og justere undersøgelsesprocessen ind efter disse. Det kan eksempelvis komme til udtryk ved refleksion over, hvilken viden afhandlingens foreløbige analyser tilfører den eksisterende empiriske forskning, eller ved at stoppe op og lave en strategi for, hvilke teoribaserede analyser man med fordel kan anvende for yderligere belysning af genstandsfeltet.

Det sidste aspekt af validitet, som Dahler-Larsen er inde på, er den pragmatiske validitet, som handler om at tillægge en undersøgelse værdi ud fra dens anvendelse i praksis af eksempelvis deltagerne i undersøgelsen. Dahler-Larsen er kritisk overfor dette aspekt, og han hævder, at: *"..selve undersøgelsen er vel selv allerede en handling.."* (2002:81). En position, som ligeledes er berettiget i afhandlingen, idet hensigten er at pege på mønstre og tendenser i datamaterialet, snarere end at være et beslutningsoplæg.

I inddragelsen af Dahler-Larsens kvalitetskriterier resterer endnu to kriterier at blive nævnt og anvendt her, nemlig transparenskriteriet og det heuristiske kriterium. Dahler-Larsen fremhæver transparenskriteriet som et klassisk redskab til vurdering af en kvalitativ undersøgelses udførelse, og han sætter særligt dette i

sammenhæng med kriteriet om håndværksmæssig validitet, idet forskerens autokommunikation bidrager til at skabe åbenhed – transparens – omkring de anvendte metoder (2002:80). En transparens, som foruden at anvendes af forskeren og vejledere i processen, ligeledes er en fordel i den efterfølgende bedømmelse af undersøgelsen. Derfor har jeg også søgt at være eksplicit ved eksempelvis at fremhæve alle kilder i dataindsamlingen og deres betydning for hinanden – herunder at diskutere tegneøvelsen som en del af en metodekombination. Ligeledes ved at eksplicite teorivalget og at tydeliggøre det videnskabsteoretiske grundlag for, hvornår teorierne inddrages. Dahler-Larsen fremhæver desuden sammenhængen mellem kriteriet om den håndværksmæssige validitet og et heuristisk kriterium, sidstnævnte gående på, hvorvidt en undersøgelse har ført til ny indsigt (ibid:80-81). Hertil kan man sige, at afhandlingens undersøgelse bryder empirisk nyt land ved at give forløbskoordinatorer og potentielle samarbejdspartnere en stemme omkring en nyetableret funktion på tværs i sundhedsvæsenet. Dette gøres tillige ved at benytte tegneøvelser som (kreativ og nytænkende) metode, hvilket der er få fagdiscipliner, der har tradition for at gøre. Men afhandlingen ville ikke have en udsigelseskraft, såfremt jeg ikke autokommunikerede undervejs og bl.a. vedtog at lægge tre teoretiske blikke ned over det empiriske materiale i forventning om, at det ville tilføje undersøgelsen et nyt analytisk niveau. På denne måde forstår jeg det heuristiske kriterium samspille med kriteriet om håndværksmæssig validitet i afhandlingen.

Ovenstående refleksioner over kvalitetskriterier for afhandlingen er i tråd med dets fænomenologiske og konstruktivistiske fundament, hvis man følger Justesen & Mik-Meyers udlægning af kvalitetskriterier for de to perspektiver (2010:46-51). I et fænomenologisk perspektiv er indlevelse i feltet og empati i relationen til informanterne en vigtig del med henblik på at få indsigt i deres livsverdener (Justesen & Mik-Meyer 2010:47-48). Forskeren må søge at sætte sin egen opfattelse af verden, hvilket Husserl betegnede 'den naturlige indstilling', i parentes (epoché). Herunder de ting, forskeren i sin opfattelse tager for givet (Collin 2010:239). Jeg har derfor bestræbt mig på en åben og udforskende tilgang, hvor jeg har søgt at se bort fra forudgående forventninger og forståelser af genstandsfeltet (Justesen & Mik-Meyer 2010:25). Dog har jeg som erfarende subjekt en bestemt måde at forholde mig til virkeligheden på, herunder praktisk erhvervserfaring og en teoretisk baggrundsviden, hvilket vanskeliggør en fordomsfri tilgang. Justesen & Mik-Mayer hævder derudover, at begreber som 'refleksivitet' og 'positionering' ofte fremhæves i konstruktivistisk inspirerede metodediskussioner. Det handler for det første om, at forskeren eksplicit reflekterer over forskningsprocessen, hvilket jeg eksempelvis har gjort i bagudskuende refleksioner efter de to arbejdsseminarer, jf. side 80. For det andet handler det om, at forskeren reflekterer over betydningen af sin egen rolle og positions påvirkning som et uundgåeligt vilkår i en undersøgelse. I relation til

dette har jeg i det nedenstående afsnit søgt at reflektere over forskerroller i afhandlingen.

Forskerroller

Hvis der et øjeblik fokuseres på arbejdsseminarerne som sociale rum, har jeg tidligere hævdet, at forskere og informanter i interaktion med hinanden alle bidrager til vidensproduktion. Hertil kan man sige, at ved at reflektere over nogle af de dynamikker, som indvirker på et interviewforløb og derved på vidensproduktionen, kan interviewerens hæve kvaliteten af en undersøgelse. Intervieweren har under et gruppeinterview eksempelvis mulighed for at bidrage til nuancering af synspunkter med henblik på at inkludere så mange stemmer som muligt. Trods grundig forberedelse, lang erfaring og mange refleksioner undervejs kan det dog være vanskeligt at undgå enten selv at skabe eller at lade sig rive med af en stemning. Det kan være vanskeligt i situationen at finde en passende balance mellem indlevelse og distance. Men forskydes balancen kan det betyde, at man er mindre opmærksom på de stille informanter eller de ikke så konsensuskabende synspunkter, hvilket ikke bidrager til detaljerighed og mangfoldighed i data. Dette er dog ifølge O'reilly en velkendt problematik i relation til at styre gruppeeffekter i fokusgruppeinterviews (2012:135). I Bloksgaard og Tanggaard Andersens optik er fokusgruppen netop en unik mulighed for – som en særlig 'setting' – at studere udviklingen af social normdannelse i grupper, og de ser derfor ikke denne type gruppeeffekt som noget negativt. Men de medgiver, at gruppeprocesserne utvivlsomt vil udgøre en udfordring for moderatoren: *"For at forebygge konformitet er det vigtigt, at moderatoren undervejs i seancen er opmærksom på små signaler, der kan vise uenigheder i gruppen, og at hun forsøger at spørge ind til forskelligheder. Ligeledes er det centralt, at man efter et fokusgruppeinterview som forsker forholder sig til, om der under interviewet opstod tendenser til konformitet eller til polarisering, og hvad det i givet fald har af betydning for resultaterne"* (Bloksgaard & Tanggaard Andersen 2012:31). Med Morgan kan man dog hævde, at moderatorens mulighed for at agere under fokusgruppeinterviewet er proportional med den forberedende forskers evne til at udvælge informanter og skrive interviewspørgsmål (2002:149).

I overvejelser over forskerroller ligger ligeledes overvejelser over grænsen for empati og indlevelse i informanternes situation. Det er en vigtig pointe for min rolle som forsker, at jeg reflekterer over den udfordring, der ligger i at blive for meget 'venner' med mine informanter (Kristiansen 2007:234). Fordelen ved at danne relationer præget af gensidig sympati er fx, at man er interesseret i at hjælpe hinanden på vej, men det kan til gengæld være svært at problematisere netop denne informants erfaringer, bevæggrunde eller handlinger efterfølgende.

Jeg udviklede gode relationer til særligt én informant fra Kronikerenheden forud for min opstart som ph.d.-studerende. Det betyder, at jeg allerede var tæt på netop denne medarbejder, og det faldt mig derfor let at tage vedkommendes ord for gode varer og undlade at stille mig kritisk over for vedkommendes udsagn og oplysninger. På den måde blev jeg for en stund for meget indvolveret og for lidt distanceret i min rolle, - en balance, som jeg efterfølgende har måttet genfinde. Men dette første forhold som 'kollega' gav mig til gengæld en mulighed for at gøre indledende observationer og få flere oplysninger om det at arbejde administrativt i sundhedssystemet med tværgående koordinering, end jeg ellers ville have kunnet få uden denne 'insiderposition'. Derudover udviklede jeg ganske hurtigt en næsten venskabelig relation til to forløbskoordinatorer, sandsynligvis fordi vi befandt os i samme båd som nytilkomne i hver vores organisatoriske sammenhæng. Jeg har dog også her erfaret, at venskabslignende relationer må nedtones på vejen igennem et ph.d.-forløb. Desuden har jeg i min rolle som ny forsker ikke været upåvirket af informanter og øvrige aftagere af mit projekt i den forstand, at interesseområder og ønsker til retningen på projektet har skinnet igennem hos omgivelserne. Min egen tidligere erfaring fra praksis har ligeledes bidraget til en åbenhed over for områder, som kunne være interessante at indtænke på grund af deres relevans for praksis. Det kunne være forløbskoordinatorens relationer til eksempelvis patientens udvikling af egenomsorg, forløbskoordinatoren i relation til utilsigtede hændelser eller genstandsfeltet set i forhold til telemedicin. Her er jeg for det første blevet opmærksom på at skelne mellem andres og min egen interesse som forsker, og for det andet har jeg i løbet af forskningsprocessen udviklet en evne til at skærpe fokus og lukke af for nye interessante vinkler, som det vil føre for vidt at forfølge i én afhandling.

Afhandlingen kan ligeledes vurderes ud fra etiske kriterier, hvilke jeg har søgt at belyse i nedenstående afsnit.

Etiske kriterier

Ifølge Justesen og Mik-Meyer er det en del af nogle konstruktivistiske forskeres kvalitetskriterier, at der medtages så mange 'stemmer' som muligt i en undersøgelse. Dette med henblik på, at både toneangivende - og mindre magtfulde stemmer høres. Derfor har jeg bestræbt mig på at inddrage koordinatorer såvel som samarbejdspartnere fra forskellige sektorer, professioner og ledelsesmæssige niveauer i undersøgelsen. På denne måde sikrer jeg mig, at forløbskoordinatorernes erfaringer med egen rolle og funktion ikke forsvinder ud af, hvad man kunne betegne som 'den officielle organisatoriske diskurs' (2010:50).

Når der i afhandlingens fremstilling anvendes visuelle data, vil der ifølge Foss (2011:241) være grund til særlig refleksion over anonymitet. Men dette er primært, hvis der er tale om eksempelvis billeder af personer. Derfor vurderer jeg ikke tegningerne som kompromitterende for deltagerne, heller ikke når de bringes i sammenhæng med uddrag af fremlæggelser.

Tydeliggørelse af øvrige kilder og kronologi

Det kan umiddelbart forekomme læseren, at afhandlingen alene bygger på de to arbejdsseminarer. Men her er det vigtigt at fremhæve, at der er brugt mange ressourcer forud for disse med det formål at indleve forskeren i feltet. Dette sidste afsnit i kapitlet er derfor skrevet med henblik på at beskrive og begrunde de øvrige kilder til produktion af data, for herved at skabe yderligere gennemsigtighed i forskningsprocessen. Det må dog erkendes, at der i denne form kan forekomme overlap i fremstillingen af processen. Jeg har forholdt mig åben og udforskende til forskningsfeltet, og indledte derfor min projektperiode med at søge og orientere mig bredt omkring koordination og samarbejde på tværs. Dette arbejde gav mig et indblik i kompleksiteten af problemstillinger, og jeg havde brug for et snævrere fokus, hvilket jeg fandt i kontakten med konsulenter og ledere i den tidligere Kronikerenheden - nu Afdeling for Sundhed og Sammenhæng. I tiden op til ph.d.-projektperiodens start og min ansættelse på universitetet havde jeg været ansat nogle måneder i afdelingen med henblik på at udforme en formel projektbeskrivelse og ansøgning til stillingen som ph.d.-studerende. Dette var første introduktion til praksis, og jeg har siden bevaret regelmæssig kontakt. Gennem Kronikerenheden fik jeg mulighed for at deltage i en møderække blandt regionalt ansatte konsulenter på tværs af landet med det formål at vidensudveksle om projekter med problemstillinger indenfor forløbskoordinering og forløbskoordinatorer. Yderligere har jeg deltaget i temadage og konferencer for praktikere om forløbskoordinering samt regionale forskningsworkshops med samme tema. Samlet har disse ting bidraget til en overordnet indsigt i udfordringer og ønsker til det tværsektorielle samarbejde set med politiske, ledelsesmæssige, administrative og fagprofessionelle øjne på tværs af sektorgrænser. I Kronikerenheden deltog jeg i et antal personalemøder, hvor konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde jævnligt var til drøftelse, og hvor Kronikerenhedens øvrige forløbskoordineringsprojekter samtidig blev debatteret. Det drejede sig om et sundhedsøkonomisk projekt samt D7-gruppens projekt. Sidstnævnte har jeg omtalt i forordet til afhandlingen. Jeg fremlagde desuden mit eget projekt af flere omgange i afdelingen. I dette kapitel har jeg tidligere introduceret begrebet 'feltet', og jeg vil fremhæve, at alle disse kontakter og møder ligeledes er en del af det at være til stede i feltet.

Kronikerenheden bidrog til at indsnævre og skærpe fokus for ph.d.-projektet, idet man her på et tidligere tidspunkt havde arbejdet med et projekt om forløbskoordination for mennesker med lungesygdommen KOL, hvortil man havde skitseret idéer til modeller, herunder koordinerende støttefunktioner. Dette var en interessant indgang, der åbnede op for tre ting i den videre forskningsproces:

For det første at undersøge, hvorledes forløbskoordinatoren var beskrevet i officielle dokumenter, i hvilke jeg indbefattede sundhedsloven, materiale udarbejdet af Sundhedsstyrelsen samt tværsektorielle sundhedsaftaler. Derudover gennemgik jeg Sundhedsstyrelsens -, regionens - samt kommunernes hjemmesider med henblik på information om forløbskoordinatorens vej fra politisk og administrativ idé til konkret praksis. Overordnet kunne jeg læse mig til, at beskrivelsen af forløbskoordinatorens rolle og funktion lader til at have ændret karakter fra i midten af 00'erne at være blevet trukket frem og ofte hyldet til langsomt at blive nedtonet. I senere anbefalinger vinder den personificerede forløbskoordinator i mindre grad hævd som koordineringsmekanisme.

For det andet at foretage hvad jeg med inspiration i Bernard (1995:209-210) vil betegne som ustrukturerede interviews med to forløbskoordinatorer, hvilke jeg stiftede bekendtskab med gennem Kronikerenhedens konsulenter, samt med en embedsmand. Jeg skelner her mellem spontant opståede samtaler og den mere formaliserede interviewform. Overgangen mellem de to er dog flydende, idet interviewet eksempelvis også indeholder en vis mængde small talk med henblik på at skabe en tillidsfuld relation. Ligeledes er samtaleformer kilder til viden og medvirker til at bekræfte eller afkræfte forskerens refleksioner og tanker om forskningsprocessens retning. Der er dog den forskel, at forskeren under det ustrukturerede interview har en klarere idé eller plan for retningen for samtaleforløbet end det er tilfældet ved den spontant opståede konversation. Denne plan er dog ikke så klar eller systematisk sat op som i det semi-strukturerede interviews interviewguide.

I første omgang inviterede jeg de to koordinatorer til et møde af ca. to timers varighed. Efterfølgende har jeg besøgt dem enkeltvis i deres kommuner fordelt over to halve arbejdsdage. Jeg søgte at opbygge en tillidsfuld og empatisk relation (Justesen & Mik-Meyer 2010:109), således at det var muligt for mig at få et indblik i deres erfarede udfordringer og muligheder som koordinatorer. Jeg så ligeledes deres omgivelser, mødte kommunale kolleger samt en leder og formand i den ene koordinatorers styregruppe, hvilket gav mig en forståelse for de rammer, som netop disse koordinatorer arbejdede indenfor. Ligeledes havde jeg adgang til at se eksempler på materialer, som de arbejdede ud fra, hvoraf noget var henvendt til borgere, samarbejdspartnere og beslutningstagere så som introduktionsfoldere, puljeprosjektansøgning, projektkommisorium og en stillingsbeskrivelse. Andet var interne arbejdsredskaber så som et skema til

registrering og beskrivelse af borgeren, et skema med overblik over borgere fordelt på alder, diagnose, funktionsniveau samt hvorfra kontakten med koordinatoren var skabt. Ligeledes et eksempel på et skema til logbogsnotater på den enkelte borger. Senere i projektføreløbet har jeg fået tilsendt eksempler på patienthistorier. Kontakten med koordinatorene gav mig en begyndende indsigt i, hvordan de selv forstod deres opgave og hvilke rammer, de arbejdede under. Ud over forløbskoordinatorerne kontaktede jeg, som skrevet, ligeledes en embedsmand, der havde spillet en central rolle i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring forløbskoordination og forløbskoordinatorer. Vi etablerede et møde, der foregik på vedkommendes kontor og varede ca. en time. Forud for denne kontakt samt kontakten til de to forløbskoordinatorer havde jeg formuleret løse temaer, som jeg ønskede at komme omkring. Disse formulerede jeg på baggrund af den indsigt i forskningsfeltet, som jeg havde på det pågældende tidspunkt. Jeg valgte ikke at anvende diktafon, og skrev i stedet noter undervejs. Samlet fik jeg idéer at arbejde videre med, herunder at udforske empiriske forskningseksempler på studier af interventioner tilsvarende eller beslægtet med de forløbskoordinatorfunktioner, som jeg kendte.

For det tredje at søge på litteratur omhandlende studier af forløbskoordinatorfunktioner på tværs i sundhedsvæsenet. Litteratursøgningen er foretaget i flere steps og ved anvendelse af forskellige søgemetoder efterfølgende hinanden. I udgangspunktet har jeg anvendt en 'snebold-metode' med henblik på at finde relevant materiale indenfor emnet. Metoden går ud på at 'lade snebolden rulle', det vil sige at forfølge interessante referencer på andre forskeres referencelister (Greenhalgh & Peacock 2005:1064-1065). Med forsknings-spørgsmål, som først i løbet af min forskningsproces blev tilstrækkeligt afgrænsede, var det i opstartsfasen uoverskueligt for mig at lave et systematisk litteraturstudie. Brede søgeord som koordination, tværsektoriel koordination, forløbskoordination, forløbskoordinator, forløbsprogrammer, 'shared care', samarbejde, sammenhængende patientforløb, sammenhængende sundhedsvæsen, 'case manager', 'care manager' og integration gav for mange artikel-, bog- og dokumentforslag. Her er der inden for en periode på 10 år både nationalt og internationalt produceret en omfattende (og derved for ufokuseret) mængde litteratur, som jeg vurderede, at det ville være u hensigtsmæssigt inden for min tidsramme at gennemgå. Derfor stoppede jeg søgningen og tog udgangspunkt i den litteratur og de dokumenter, der da forelå. 'Snebold-metoden' er desuden suppleret af søgning i Den Danske Forskningsdatabase på emneordene 'forløbskoordinator' og 'forløbskoordination' med henblik på relevante eksempler på dansk empirisk forskning. Derudover har min tilstedeværelse på instituttet, i forskningsgruppen samt min vejledning resulteret i inspiration til væsentlig litteratur og teoretikere. Ligeledes har jeg enkelte gange haft fordel af det, som Greenhalgh og Peacock med en engelsk betegnelse kalder 'serendipitous

discovery' (2005:1064), det vil sige, at jeg er faldet over en relevant artikel i søgningen efter en anden.

Dernæst har jeg søgt efter yderligere skandinavisk og international empirisk forskning med henblik på at bibringe undersøgelsen flere eksempler på indsatser til at fremme sammenhæng. Disse er fremlagt i kapitel 1. Jeg har derfor suppleret 'snebold-metoden' med bredere søgninger på specifikke emneord i de elektroniske databaser ProQuest, Scopus og Cinahl. Her har jeg dels fokuseret på den tekniske gennemførelse af søgningerne. Det vil sige, at jeg har gjort mig overvejelser over hvilke databaser og journals, der er relevante at søge i, jeg har udvalgt søgeord på baggrund af afhandlingens forskningsspørgsmål, og jeg har været opmærksom på, hvilke databaseteknikker, der kunne hjælpe mig i søgningerne, såsom trunkeringer (som breder søgningen ud) og indsnævringer. Dels har jeg været opmærksom på selve gennemførelsen af søgningen, dvs. at være i stand til at kunne begrunde valg og fravalg af artikler samt at anvende de udvalgte artikler i en skriveproces. Selektionen er foretaget ud fra formålet med søgningen, dvs. et ønske om at opnå eksempler på studier af samme jobfunktion som forløbskoordinatorerne i ph.d.-undersøgelsen eller eksempler på lignende funktioner, der bidrager til at skabe sammenhæng. Jeg har efterfølgende valgt at præsentere artiklerne som en række af eksempler på studier, inkl. en opsummering af fælles overordnede problematikker. Jeg vil i det nedenstående gennemgå søgeprocessen. Idet jeg har søgt at følge den samme systematik i alle søgninger og afgrænsninger, tager jeg udgangspunkt i søgning i ProQuest med følgende søgetermer og afgrænsninger:

```
all("case manag*" OR "care coordinat*") AND all(nurs* OR health) AND  
all(diabetic* OR Heart OR Chronic* OR copd) AND all(review) NOT all(self*  
OR tele* OR pedia* OR palliative) AND stype.exact("Scholarly Journals") AND  
pd(20000101-20160101)
```

Søgningen blev foretaget som avanceret søgning og i hele materialet med undtagelse af den fulde tekst. Jeg har anvendt søgetermerne 'case manag*' og 'care coordinat*', som giver en bredere søgning end hvis ordene skrives helt ud. Resultatet af denne søgning er adskillige tusinde titler, og søgningen er derfor søgt afgrænset. Jeg har valgt, at søgningen skulle indeholde termerne 'nurs' (nurse eller nursing) eller 'health' (heraf kan dannes ord som health system, health care etc.). Desuden har jeg søgt på 'chronic' (fx kronisk eller kronikere) og på diagnosegruppe (KOL, hjertekarsygdom eller diabetes) samt på alle reviews (både de som databasen kategoriserer som et review og de, som forfatterne kategoriserer som et review). Reviews giver et hurtigt indblik i den væsentligste litteratur. Jeg har valgt kun at medtage videnskabelige artikler samt afgrænset søgningen til perioden fra årtusindskiftet og frem. Desuden har jeg søgt at afgrænse søgningen yderligere ved at udelukke termerne 'self' (fx self management), 'tele' (fx telekommunikation), 'pedia' (fx pediatric) og 'palliative' (fx palliative care) samt ved kun at medtage sprogene dansk, engelsk, svensk og

norsk. Herved har jeg i februar 2016 fået 300 titler. Resultatet kan variere ved, at duplikater fx ikke udelukkes hver gang en igangværende søgning åbnes. Jeg har herefter set alle 300 overblik igennem (dvs. titlerne samt den sammenhæng, hvor søgetermerne optræder i abstractet), og har her igennem udvalgt 47 abstracts. Ud fra disse abstracts har jeg valgt 17 artikler ud, som eksempler på skandinaviske og internationale studier af forløbskoordinatorfunktioner eller lignende interventioner, med hvilke man søger at fremme sammenhæng på tværs i sundhedsvæsenet. Denne afgrænsning er primært foretaget på baggrund af, at de øvrige 30 artikler enten beskæftigede sig med interne hospitalskoordinerende funktioner, fokuserede på andre diagnosegrupper eller var omfattende kvantitative studier, som det ligger uden for afhandlingens ambition at behandle. Ligeledes har jeg set bort fra studier med et klinisk fokus, hvor case management eller case manager indgår som en del af dette fokus, fx i styring af glukoseniveauet hos diabetikere.

I søgning i Scopus har jeg ligeledes benyttet søgetermerne case manag* og care coordinat*, og igen har jeg afgrænset søgningen til perioden efter årtusindskiftet. Desuden har jeg valgt at søge indenfor fagområderne medicin, sygepleje, sundhedsprofessioner, socialvidenskab samt psykologi. Jeg har medtaget artikler, artikler i tryk, reviews, bogkapitler samt konferencepapirer, og jeg har udelukket artikler, som fx handler om anoreksi, bulimi, depression, tuberkulose eller astma. Jeg opnåede herved en afgrænsning på 284 titler, hvoraf jeg udvalgte 24 abstracts. Af disse finder jeg 12 relevante (jf. ovennævnte afgrænsningskriterier).

I Cinahl har jeg ved at anvende samme systematik som ovenfor samt afgrænset søgningen til mulige fulde tekster søgt 122 videnskabelige artikler frem. Af disse har jeg fundet 13 relevante.

Derudover har jeg søgt yderligere at dække den skandinaviske forskningslitteratur ved søgninger i norske databaser (NORA og IDUNN, hvilket gav 3 relevante artikler) og en svensk database (SwePub, hvilket ikke har givet relevante artikler). I de norske databaser har jeg anvendt søgetermerne 'care coordinator', 'samhandling i helse', 'samhandling i helse og koordinerte', 'koordinerte forløb', 'case management' og 'case manager'. I den svenske database søgte jeg på 'care coordinator'. Desuden har jeg søgt i International Journal of Health Planning and Management og International Journal of Integrated Care med søgeordene 'case management AND Norway', 'case management AND Sweden', 'care coordination AND Norway' og 'care coordination AND Sweden'.

Målsætningen med denne del af litteratursøgningen har været at søge ca. 20 anvendelige artikler ud som eksempler på samme eller lignende sammenhængsskabende indsatser i Skandinavien og internationalt, og det er med denne målsætning i erindring, at jeg har afgrænset den samlede databasesøgning til de mest relevante. Hvor samme område dækkes af flere artikler, har jeg valgt

at medtage én eller få. Jeg har som nævnt tilstræbt at dække den skandinaviske forskning samt at give eksempler fra internationale forskningsmiljøer.

Til slut skal nævnes, at jeg har valgt at inddrage ny litteratur i begyndelsen til del 3 med henblik på yderligere at opdatere og kontekstualisere anden - og tredje teoretiske analyseoptik. Litteraturen hertil er hovedsageligt udvalgt ved opslag i universitetsdatabaser, inspireret af vejledning og forskningskolleger, søgning på referencer samt gennem deltagelse i et ph.d.-kursus, hvor jeg fandt inspiration i andre forskeres perspektiver på 'boundary spanner'-betegnelsen, jf. analyseoptik tre.

Forskningsprocessens videre forløb

De empiriske kilder nævnt ovenfor har tilsammen dannet en righoldig baggrundsviden, som har hjulpet mig til formulering af forskningsspørgsmålene, og ledt frem til såvel screening som arbejdsseminarer og tegneøvelser. Jeg har i afsnittet om tegneøvelsen, side 65, beskrevet denne som metode, så dette vil jeg ikke bruge yderligere plads på at beskrive her. Jeg har ligeledes beskrevet, hvordan arbejdsseminaret med forløbskoordinatorer og delestillingsansatte ledte op til det efterfølgende arbejdsseminar med samarbejdspartnere, så det vil jeg heller ikke gå mere ind i her. Derudover har jeg løbende gennem forskningsprocessen taget noter. Ifølge Hastrup et al. er der et væld af muligheder for at tage feltnoter til gavn for forskningsprocessen. De indeholder alle stadier af forskerens refleksioner, og kan derfor være en indledende undren, refleksioner og erkendelser under ophold i felten og refleksioner på afstand af denne (2011:48-52). Noter kan således bestå i små og hurtigt nedskrevne stikord eller længere reflekterende passager, de kan være deskriptive eller analytiske. Ligeledes kan man vælge at være struktureret eller spontan i sin notetagning. I denne måde at betragte notetagning på er jeg, foruden Hastrup et al. (2011), ligeledes inspireret af Bernard (1995:180-192). Jeg har taget noter under personalemøder og samtaler i Kronikerenheden, på temadage og konferencer samt under ustrukturerede interviews og besøg hos koordinatore. Her har jeg forsøgt at fastholde så meget information som muligt kombineret med spontane notater med idéer til sammenhænge og analytiske erkendelser. Jeg har ligeledes anvendt notetagning som en kanalisering af en indre reflekteret dialog med de officielle dokumenter og empiriske forskningseksempler, som jeg har læst. Derudover har jeg under arbejdsseminarerne søgt at anvende noter som et arbejdsredskab, dels med henblik på at skærpe min opmærksomhed omkring konkrete udsagn, dels for undervejs at reflektere over iagttagelser af interaktionen i gruppen og huske stemninger. Det kunne være ting som kropsudtryk, lattertryk, at observere talende og mindre talende interviewpersoner samt at observere hvilke temaer, der vandt gehør og hos hvilke interviewpersoner. Disse forskelligartede feltnoter har styrket afhandlingens empiriske fundament. Dog er det væsentligt at holde sig for øje, at

refleksive noter er udtryk for forskerens subjektive oplevelse af situationen, og de har således en særlig videnskabelig status set i forhold til de øvrige tekster og kilder, der anvendes i afhandlingen.

Samlet har de forskelligartede empiriske kilder, præsenteret i dette kapitel om afhandlingens forskningsproces, tilført data detaljer og mangfoldighed i niveauer og stemmer, hvilket danner grundlag for den videre analyse.

DEL 2: ANALYSENS FØRSTE DEL

Analyselstrategi og struktur for analysens første del

Analysens første del, dvs. kapitel tre, fire og fem, udgør besvarelsen af det empiriske underspørgsmål i afhandlingens overordnede forskningsspørgsmål. I kapitel tre udvider jeg afhandlingens første belysninger af forløbskoordinatoren, og præsenterer forløbskoordinatoren yderligere ud fra det empiriske materiale. Her er det således forskeren, der 'taler', når jeg giver eksempler på opgaver og organisatorisk forankring, typer af koordinatore, målgrupper, samarbejdsflader samt opgavens 'koordinerende karakter'. Det er væsentligt at holde sig for øje, at der ikke foreligger faste stillingsbeskrivelser for koordinatorfunktionen, men at der alligevel er visse gennemgående elementer, som kan trækkes frem i en beskrivelse.

I kapitel fire ledes jeg af mit fænomenologiske videnssyn, og analyserer koordinatorens - og samarbejdspartneres oplevelser og erfaringer med koordinatørrollen og -funktionen. Dette gør jeg ved at lægge mig op af strukturen i dagsprogrammerne fra arbejdsseminarerne og temaerne heri (se bilag 1). Jeg tager udgangspunkt i forløbskoordinatorens udsagn om, hvordan de blev modtaget i deres organisatoriske sammenhænge som koordinatore, og efterfølgende diskuterer jeg de to centrale citater anvendt på arbejdsseminarerne. Dernæst lader jeg igen koordinatorene komme til orde for at få et indblik i deres opfattelse af de holdninger, de blev mødt med.

Idet afhandlingens position ligeledes er konstruktivistisk, finder jeg det interessant i kapitel fem nærmere at undersøge konstruktioner af forløbskoordinatorens rolle og funktion. Konstruktioner, som både forskere såvel som informanter bidrager til. Jeg analyserer i kapitlet både tegningerne for sig og ud fra det empiriske materiale bredt.

Analysens første del afsluttes ved, at jeg i begyndelsen til afhandlingens del 3 sammenholder og diskuterer, hvad de første analyser kan tilføre den præsenterede viden fra de udvalgte officielle dokumenter samt tidligere studier af forløbskoordinatore og lignende interventioner.

KAPITEL 3: FORLØBSKOORDINATORERNES ROLLE OG FUNKTION

Dette kapitel beskriver forløbskoordinatorens rolle og funktion, som det kommer til udtryk hos koordinatorene. Kapitlet berører elementer som opgaver, organisatorisk forankring og – niveau, delestillingsansatte, henvendelse og skabelse af kontakt, målgruppe, samarbejdsflader og netværk samt opgavens koordinerende karakter. Der bidrages således med en indsigt i rollen og funktionen set i et førstehåndsperspektiv. Følgende er værd at hæfte sig ved efter endt læsning: 1. Forløbskoordinatorernes primære relation er til patienten, herudfra til systemet. Denne tilgang opfattes som særegen. 2. Den primære relation bliver til en en til en-relation til patienten, hvorved hovedparten af forløbskoordinatorerne ikke søger eller opnår øget organisatorisk indflydelse. Det er karakteristisk, at ingen af koordinatorene har ledelsesbeføjelser. 3. Forløbskoordinatorerne beskriver deres samarbejdsflader som mangesidige, men samtidig kan etablering såvel som fastholdelse af relationer være vanskelige, og udpegede samarbejdspartnere ser sig ikke i samme omfang som en del af det oplevede samarbejde.

Opgaver og organisatorisk forankring

I empirien optræder, som nævnt, seks forløbskoordinatorer og to delestillingsansatte. Fire af forløbskoordinatorerne er ansat i hver deres kommune, og to er ansat i samme kommune med hver sin sygdomsgruppe. De delestillingsansatte er ansat i forskellige kommuner, men på samme sygehus, dog ikke på samme afdeling. Forløbskoordinatorerne er, som også tidligere nævnt, alle kommunalt forankrede, og de delestillingsansatte er forankrede både kommunalt og regionalt. Den ene delestillingsansatte sidder fysisk placeret, så hun har mulighed for at fungere som kommunal- og sygehusrepræsentant på samme tid, mens den anden delestillingsansatte har andre vilkår. Denne bruger det meste af sin tid i det kommunale sundhedshus og kommer på sygehuset for at undervise. Koordinatorerne er alle sygeplejersker og er typisk placeret i tilknytning til en sundhedsklinik eller sundhedsfremmeenhed.

Forløbskoordinatoren er ikke nogen entydig størrelse. Jeg har eksempelvis hørt forløbskoordinatorer udtrykke sig på denne måde: *"Man har ligesom haft sådan en modellerbar størrelse, som man kan passe ned over de enkelte stillinger, og godt for det,"* og: *"Vi er rigtig meget, kan man sige. Der er puttet meget ned i suppen, altså."* (forløbskoordinator, arbejdsseminar 1). Forløbskoordinatorerne er tilpasset behovene hos borgerne i hver kommune, og de har forskellige arbejds erfaringer, interesseområder, fokus og arbejdsopgaver herefter. Nogle tænker i mentorfunktion og hold i hånd-funktion på tværs af forvaltninger, mens

andre bruger betegnelser som guide, koordinator, coach, vejleder og rådgiver. Nogle er delt op efter diagnosegrupper, andre dækker bredt. Væsentligt er det, ifølge koordinatorerne, at have en sygeplejefaglig eller evt. socialfaglig baggrund, at have ballast, ro til at lytte og kendskab til sektorerne. Disse elementer er vigtige, fordi koordinatorerne kommer ind, når de eksisterende tiltag er gået galt, og som en form for supplement (uformelt interview med to forløbskoordinatorer november 2010).

Det følgende er et uddrag af et uformelt interview fra marts 2011 med et eksempel på en forløbskoordinator, som fortæller om sin funktion og sine arbejdsopgaver. Jeg betegner koordinatoren FK, og jeg har inviteret hende til et møde, fordi hun har taget initiativ til at give mig et indblik i det, hun kalder praksisfortællinger, som er beskrivelser af de borgere, hun møder, og deres oplevelser af kontakten med sundhedsvæsenet (se bilag 3 med eksempler på praksisbeskrivelser af denne forløbskoordinator). Hun har udvalgt de, for hende, mest relevante fortællinger og skrevet dem ned for at kunne vise dem til mig. FK fortæller, at hun siden maj 2010 har haft 58 samtaler fordelt på 16 borgere, og der er således borgere, der får mere end én samtale. Det har været en lang opstartsperiode med netværksarbejde, og hun har skullet 'bryde igennem' fx til sygehuset, men hun fortæller, at hun nu eksempelvis har fået mulighed for en samtale med diabetesskolepatienter fire uger efter deres udskrivelse fra hospitalet, hvilket hun ikke tidligere har haft.

Om patienterne fortæller hun, at halvdelen har mere end én diagnose eller én diagnose og øvrige belastninger derudover. Således er det de mest sårbare, de multisyge, de svage og udsatte, som hun har med at gøre. Her kan det, ifølge FK, være nødvendigt at gå ind med støtte (se bilag 3 for et overblik over karakteristika for borgere med behov for støtte). Hun giver et eksempel på, hvor hun går ind, hvilket optræder i mine interviewnoter: *"det er en hjertesyg kvinde med diabetes, og FK's formodning er, at diabetessygdommen er blevet nedtonet, fordi kvinden har gangproblemer – kvinden tænkte ikke selv på det som en senkomplikation, og FK vil kontakte kvindens læge. FK tager hjem og besøger kvinden, hvilket hun gør den første gang, fordi hun mener, det giver indblik i hverdagen, indblik i ting, som det øvrige sundhedsvæsen ikke får indblik i. Jeg spørger til henvisningskriterier, og FK svarer, at de ikke er nedskrevne, fordi dette blev afvist af FK's styregruppe. Men de lægges åbent ud i folderen, siger hun så. FK ville gerne have haft henvisninger efter kriterier som 'særlig sårbar', 'dobbeltdiagnose' og 'ringe grad af netværk', men det blev afvist. Hvem der falder inden for kriterierne, beror i stedet på en konkret og individuel vurdering. FK fortæller, at man efterfølgende kan se mønstre, og at det er en del af processen"* (FK marts 2011, mine noter fra interviewet). FK forklarer, at hun modtager henvendelser fra kommunale sundhedstilbud om borgere, som 'er gået i stå' i deres livsforandringer. Hun nævner endnu et eksempel, denne gang med en mand, der er hjertesyg og samtidig har diabetes. Under en samtale med

borgeren spørger FK, om der er fokus på hans diabetes, dvs. hvorvidt den er reguleret. Hun laver en plan for ham, hvor han skal tage sit blodtryk. Derefter skal de mødes igen, og skulle der blive behov for det, kontaktes praktiserende læge. FK giver udtryk for, at det har haft konsekvenser for manden, at han er blevet fastholdt i et tilbud, som ikke virkede for ham. Samtidig har hun indtryk af, at han måske har opretholdt en facade over for sin egen læge, hvilket han ikke gør over for hende. FK fortæller, at hun spørger til, hvordan manden har det om morgenen, i løbet af dagen, ugen etc. Hun giver udtryk for, at det handler om at finde mandens problemsituationer, undersøge hans livskvalitet og sociale situation. Hun nævner, at hun har et spørgeskema om selvvurderet helbred. Til slut siger hun, at hun altid følger op efter et halvt år ligegyldigt, om der har været flere eller færre samtaler. Hun opsummerer sine aktiviteter:

Identifikation af problemer, støtte op om og få løst disse

Coachsamtaler (model til selvhjælp/eget ansvar og ressourcer)

Sundhedsfaglig viden

Praktiske ting (hjælpemidler, merbevillinger som fx proteindrikke)

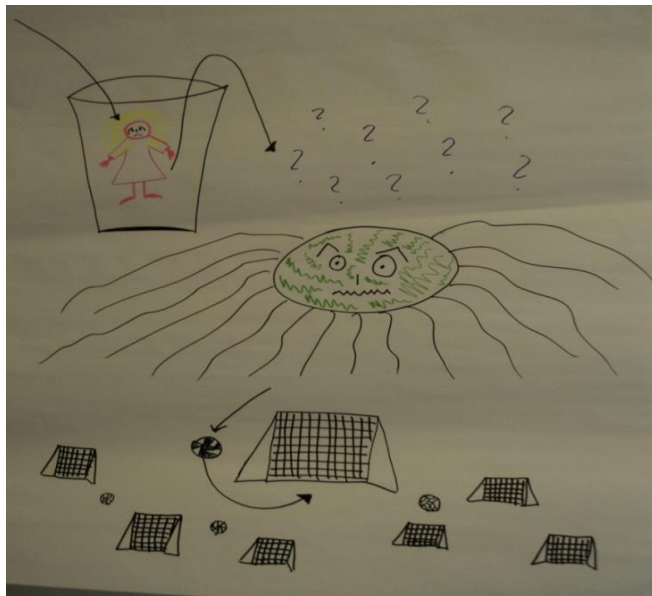
Kontakt til læge, demensteam, alkoholcenter, terapeut

Ifølge disse eksempler lader det således til, at forløbskoordinatoren både anvender sin sundhedsfaglige baggrund, men derudover også andre faglige og personlige kompetencer i sin tilgang og i forhold til at bringe borgeren videre. FK betegner dette som en bevidstgørelse af borgeren. Ligeledes har hun frihed til at planlægge kontakten til borgeren, eksempelvis hvor hun fysisk møder denne.

Organisatorisk niveau

Ud fra beskrivelsen af forløbskoordinatorens opgaver og organisatoriske forankring kan man sige, at koordinatoren foretager en hånd i hånd-koordinering, hvilket man kan forstå som en tværgående koordinering på et mikroniveau. En en til en-relation, hvor koordinatoren eksempelvis tager initiativ til at kontakte kommunale instanser, læge, hospital eller pårørende samt til at deltage i møder mellem disse og borgeren, hvor det ønskes og er påkrævet. Tegningen 'Edderkoppen' (kapitel 2, figur 3) samt fremlæggelsen heraf tjener som et eksempel på denne koordinering på et mikroniveau.

Tegningen 'Edderkoppen', gentaget fra kapitel 2, figur 3, større format



"Tegningen fremlægges af to forløbskoordinatorer fra hver sit sygdomsområde inden for samme kommune. En del af tegningen viser en skraldespand, hvori nogle diabetespatienter er faldet – patienterne er kastet i skraldespanden af sygehus eller lægepraksis. De to fremlæggende forløbskoordinatorer betegner dem selv som 'vi i kommunen', og opgaven for 'vi i kommunen' er at få patienterne op af skraldespanden igen. Hver enkelt patient har været igennem mange ting i forhold til sin sygdom, men vil alligevel ofte have uafklarede spørgsmål. Koordinatorerne stiller ind på patienten og håber, ved at gøre tingene på deres egen måde, at finde rette bold og rette mål for vedkommende. Ifølge de to forløbskoordinatorer er der meget, der kan have motiveret til, at de får overdraget en patient, og ligeledes er der mange forvaltninger og sektorer, som har mål for patienten. Fx giver mange patienter udtryk for, at det kan være svært at kombinere et arbejdsliv med en kronisk sygdom og rehabilitering. Dette forhold illustreres ved et væld af aktiviteter på boldbanen. Alle disse forskelligrettede aktiviteter gør samarbejdet omkring patienten vanskeligt, idet mange andre instanser på tværs af sektorer og forvaltninger også har interesse i patienten og har forskellige mål for vedkommende. Forløbskoordinatorerne hævder, at deres eget arbejde med patienten yderligere besværliggøres ved, at de mange mål ikke er tilstrækkeligt beskrevet. De to koordinatorer ønsker at medvirke positivt til en adfærdsændring ud fra realistiske mål og ved at sætte

målene ind i patientens egen ramme. De ser dette som deres kæphest. Multisygdom hos patienterne i skraldespanden tackles ved at jonglere rundt med mange bolde og på et tidspunkt at dele i porten. Koordinatorerne har valgt som udgangspunkt at kategorisere patienterne for at få struktur og opererer her med et system af tre postkasser. På den måde får de patienterne til at passe ind. Efter endt opdeling er koordinatorerne mere fleksible (i forhold til de tre postkasser, red.), idet 'vi ved, det er det, der virker', som den ene forløbskoordinator pointerer. Som koordinatorer fordelt på henholdsvis hjerte-, diabetes- og KOL-området udveksler de oplysninger, fx om hvilket hold patienten ønsker at komme på. (Idet der er ansat en tredje forløbskoordinator i kommunen, er der mulighed for, at koordinatorerne kan dække hver deres store sygdomsgruppe, red.). Holdfordelingen afhænger af, hvad patienten er mest motiveret for at arbejde med. Alternativt kan de også tage patienten individuelt, hvis vedkommende fx ikke er motiveret for at deltage i et helt år, der inkluderer undervisning og opfølgninger. I realiteten sammensætter koordinatorerne tilbuddene ud fra den enkelte patient ved at skruer op eller ned for komponenter som træning, samtale og undervisning' (uddrag af referat med fremlæggelse af tegningen 'Edderkoppen', arbejdsseminar 1).

Det er tydeligt, at de to forløbskoordinatorer ser sig selv som et team i kommunen. De udviser høj grad af ansvarlighed, stillingtagen og selvledelse i forhold til patienten og dennes forløb. Det lader til, at de hviler i egne evner og erfaringer og anvender dette til at være selvkørende og bevare overblikket. De er bevidste om deres rolle og funktion, herunder muligheder og begrænsninger, i samarbejdet i kommunen og det øvrige sundhedsvæsen, og de bruger tilsyneladende hinanden som sparringspartnere. De ved nu, hvad der virker for patienten, og med edderkoppens mange ben har de mulighed for at favne mange og bredt. Således har de udviklet en velfungerende og velkørende 'maskine'. Til gengæld kunne man hævde, at de netop af disse årsager ikke stræber efter yderligere organisatorisk indflydelse, hvilket de kunne have mulighed for at opnå grundet deres sammenhold, erfaring og kendskab til patienterne såvel som til systemet. Jeg forstår derfor disse koordinatorers tilgang til arbejdet som det, jeg har betegnet som koordination på et mikroniveau, i en en-til-en-relation til patienten. Derudover er 'Edderkoppen' og fremlæggelsen heraf et eksempel på, hvordan netop disse koordinatorer arbejder. Med inspiration i Sandberg Buchs typologi over niveauer for forløbskoordinering, kan man forstå dem som en del af et såkaldt 'enhedsniveau'. Koordinering af denne type foregår ligeledes på et medarbejderplan, men koordinatorens arbejde er koncentreret om en afgrænset del af patientforløbet. Vedkommende hjælper patienten til det bedste udbytte af enheder, hvilket fx kan være aktiviteterne i et ambulant forløb eller navigation mellem tilbud i det kommunale sundhedscenter (2008:12-13). De to koordinatorer har netop overblik over mulige sundhedstilbud indenfor kommunen og kan rådgive og sammensætte tilbud, som matcher patientens ønsker og behov.

Forløbskoordinatoren og den delestillingsansatte

Som nævnt har både forløbskoordinatorer og delestillingsansatte deltaget som informanter i ph.d.-undersøgelsen. Dette giver en fordel, idet begge er koordinatorfunktioner i patientforløbet, og dog bibringer delestillingsfunktionen nogle værdifulde ekstra erfaringer. Eksempelvis lader det til, at en forankring både i det kommunale såvel som på en hospitalsafdeling ikke altid giver bedre vilkår end den kommunale forankring hos en forløbskoordinator. Derimod afhænger det af, hvordan stillingen bygges op, og hvilken person der kommer til at besidde stillingen. Hensigten med at inddrage delestillingsansatte har ikke været at afdække funktionen i detaljer, men at anvende deres erfaringer til at supplere og udfordre forløbskoordinatorerne i deres oplevelser. Derfor følger her et kort oprids af arbejdsopgaverne for en delestillingsansat:

Hjælp til at forbedre henvisningsprocedurer mellem sygehus og kommune.

Undervisning og vejledning på sygehuset, herunder at hjælpe patienterne til at følge op på den viden, som de har fået på sygehuset. Derudover vejledning i patienternes rettigheder, og hvilke krav de kan stille efter udskrivning, og hvilke muligheder de kan benytte sig af efter overgang til egen læge.

Koordinatoren har ikke nødvendigvis samarbejde ud i kommunernes forvaltninger, men kan forsyne patienterne med fx telefonnumre og oplysninger om sundhedscentre og hjemmesygeplejerske.

Særlig opmærksomhed på de patienter, som ikke mestrer at modtage eller følge den vejledning, koordinatoren giver, og evt. kontakt til den enkelte kommune om tilknytning af støtteperson til patienten.

Det sidste punkt ligger ligeledes i beskrivelsen af fokus hos en forløbskoordinator, som jeg gav ovenfor. Derudover skal delestillingsansatte afveje deres tid mellem to 'regi', hvilket ikke altid er nemt. Én delestillingsansat oplever således sig selv som "Danmarks bedst integrerede gæstearbejder". En anden erkender at have stor viden om tilbuddene i én kommune og mindre viden om tilbud i andre. De to delestillingsansatte i undersøgelsen har, ifølge dem selv, ikke mulighed for at følge op på den enkelte patient, når denne er udskrevet fra sygehuset, hvilket flere forløbskoordinatorer giver udtryk for er en mulighed for dem.

Henvendelser og skabelse af kontakt

Man kan stille spørgsmålet: hvem er målgruppe for forløbskoordinatoren? Er det patienten, øvrige ansatte involveret i patientforløbet eller begge parter? Der er overvejende enighed blandt både koordinatorene og samarbejdspartnere om at lægge vægt på koordinatorenes patientorientering. Derudover hævder en enkelt forløbskoordinator ved enkelte lejligheder at have ageret sparringspartner for kolleger i forhold til de mere uformelle og utraditionelle veje i systemet.

Af et uformelt interview med to forløbskoordinatorene udført i november 2010 fremgår det, at der ikke foreligger en procedure for henvisning af borgere til forløbskoordinatorene (dette gentog den ene forløbskoordinator i et senere uformelt interview fra marts 2011). Borgere henvender sig selv, eller kommunale repræsentanter henvender sig på borgerens vegne. Der kan ligeledes være forskelle fra kommune til kommune på de personer, som henvender sig til koordinatorene, idet nogle kommuner fx har flere borgere med psykiske problemer eller misbrugsproblemer end andre. Nogle koordinatorene lægger vægt på at forklare, hvordan de har skabt kontakt til borgeren. Dette gælder særligt de to forløbskoordinatorene, som på første arbejdsseminar tegnede et billede af et æbletræ og i deres forklaring brugte en metafor om forløbskoordinatoren som 'den enlige svale', som skal føde sig selv. Det kan fx handle om at gøre et aktivt benarbejde for at blive synlig på sygehuset, i patientforeninger, blandt de praktiserende læger, i kommunens forskellige afdelinger og gennem lokalaviser.

Samarbejdsflader og netværk

Forløbskoordinatorene i undersøgelsen forventer at indgå i patientforløbet for at støtte den svage borger bedst muligt. Derved oplever de at have samarbejdsflader med en række samarbejdspartnere fra almen praksis, sygehus og kommune. Spørger man koordinatorene, har de forskellige bud på, hvordan de indgår i samarbejdsflader med deres funktion. En forløbskoordinator siger fx: *"Vi giver hints til samarbejdspartnere (fx terapeut), fordi vi ser det hele menneske"* (forløbskoordinator i uformelt interview, november 2010). Samme koordinator hævder, at hun har oplevet at have en mulighed for at medvirke til dialog mellem ledelsen og medarbejdere med det formål at hjælpe kolleger med at skabe vellykket koordinering og samarbejde. Koordinatoren pointerer, at en medarbejder eventuelt næste gang selv kan gå til lederen med et problem, idet vedkommende nu har set, at det kan lykkes.

Koordinatorene beskriver deres samarbejdsflader som mangesidige, hvoraf de fleste befinder sig på denne liste (uden at jeg dog vil hævde, at denne er udtømmende):

Kommunale institutioner som fx sundhed, social, handicap og hjælpemidler, misbrugscentre, terapeuter

Sygehusenes afdelinger og ambulatorier inden for sygdomsgrupperne KOL/lungesygdomme, hjerte-kar-sygdomme samt diabetes

Alment praktiserende læger

Det er derefter et paradoks, at relationen mellem koordinator og samarbejdspartner ikke vækker samme genklang hos de to parter. Dette kunne tyde på, at selv om medarbejdere på en afdeling i specifikke situationer har haft kontakt med en forløbskoordinator, er dette ikke nødvendigvis en udbredt viden i resten af afdelingen. Derfor er det, som nævnt, heller ikke sådan, at de samarbejdspartnere, som mødte op på det andet arbejdsseminar, alle var i kontakt med eller havde kendskab til konkrete forløbskoordinatorer. Jeg hævder ikke her, at forløbskoordinatorerne ikke danner relationer, eller at de ikke anvender disse i deres arbejde for borgerne, men jeg peger derimod på en kompleksitet både med hensyn til kendskab og kommunikation i samarbejdsfladerne.

Koordinatorerne udtrykker sig både positivt og mindre positivt om at indgå i samarbejdsrelationer. I et svar på vegne af en forløbskoordinator lyder det fx: *"Det er rigtig godt, at der er én gennemgående person. Tværsektorielt fungerer det godt. Det, der kan tænkes at være svært (måske), er tidspunktet for hvornår / hvilket tidspunkt ift. borger, at andre fagpersonaler eksempelvis tænker forløbskoordinatoren ind"* (kommunal demenskoordinator og teamleder i mail). Nogle nævner specifikt almen praksis som en svær samarbejdspartner: *"Lægerne ser os ikke som samarbejdspart. Vi skal ikke udføre, men vi kan give idéer til parterne"* (forløbskoordinator i et uformelt interview, november 2010). Det er her underforstået, at lægerne har svært ved at placere forløbskoordinatorerne i samarbejdet, fordi koordinatorerne ikke er udførende på samme måde som de øvrige samarbejdspartnere.

Opgavens koordinerende karakter

Hvad er forløbskoordinatorer og delestillingspersoner ansat til?

Én kommune giver følgende svar på min forespørgsel om forløbskoordinatorens funktion og opgaver: *"Følge hjem – forløbskoordination. At skabe overblik og sammenhæng i forbindelse med komplekse patientforløb fra sekundær til primær sektor. Sikre en intensiv rehabiliteringsindsats, der vedligeholdes og følges op så tæt på borgerens hjemlige omgivelser som muligt. Målgruppen er sårbare borgere som pga. personlige, sociale eller etniske forhold ikke skønnes i stand til*

at gennemføre og fastholde behandling og relevant adfærdændring eller borgere, som har KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse). Når X Kommune får besked om indlæggelse fra sygehuset vedr. en borger, der falder indenfor ovennævnte målgruppe, kan forløbskoordinatoren kontaktes. Forløbskoordinatoren etablerer kontakten til borgeren så tidligt i forløbet som muligt med henblik på at kunne tilrettelægge og involvere aktuelle samarbejdspartnere så tidligt i forløbet som muligt. Indsatsens ramme er sundhedsaftalen mellem X Kommune og Region Nordjylland 2008" (kommunal demenskoordinator og teamleder i mail, på vegne af forløbskoordinatoren i kommunen). Således er målet for denne forløbskoordinator at agere koordinerende, fra borgeren indlægges på sygehuset, til vedkommende er rehabiliteret, og der følges op. Det fremgår ikke, hvor lang den sidste periode er. At agere koordinerende er i denne kommune at bidrage til tilrettelæggelse af patientforløbet og til at inddrage samarbejdspartnere. Der lægges altså her op til det, man kunne betegne 'tværgående koordinering', hvilket jeg forstår som samarbejde på tværs af interne såvel som eksterne organisatoriske grænser.

To øvrige forløbskoordinatorer peger ligeledes på tværgående koordinering, og den ene siger det på denne måde: *"Forløbskoordination kræver ufatteligt meget arbejde mellem sektorer, men lige så meget internt i kommunen, fx kan en genoptræningsplan overlappe en aktiveringsperiode, eller det spiller ikke sammen og giver samarbejdsproblemer"* (uformelt interview med to forløbskoordinatorer, november 2010). Der er således flere grunde til, at det er væsentligt for en koordinator at kunne koordinere både internt og mellem sektorer. Det skal tilføjes, at det ikke er alle koordinatorer, der hævder at have 'set lyset' i koordineringsopgaven. En forløbskoordinator indvender fx, at det ikke kan forventes, at man kan bruge sygeplejersker til dét: *"Vi er jo ikke organisationsuddannede, altså det er slet ikke at forvente, at det kan man bruge sygeplejersker til, i bund og grund. Sådan ser jeg på det. Så lad os nu lave det, vi kan"* (uddrag af plenumkommentarer til tegningen 'En familie' fra arbejdsseminar 1, se figur 1, kapitel 2).

Der kan være forskel på, i hvor høj grad koordinatorerne oplever at have mulighed for at arbejde tværgående. En forløbskoordinator udtrykker frustration: *"Det her med, at vi ingen kompetencer har ind i de andre forvaltningsområder, er rigtig væsentligt,"* og hun bemærker yderligere: *"jeg kan glemme det, kan jeg, for de vil ikke lege med mig."* Dette er ikke tilfældet for en af de øvrige forløbskoordinatorer, der hævder: *"de vil gerne lege med mig ude i min kommune, i N Kommune nu, og det er rigtig dejligt, for jeg får virkelig den her opfattelse af, at vi laver noget på tværs af de forskellige afdelinger (i kommunen), også i forhold til lægerne nu ... men det er et kæmpe foderarbejde ... de skal vide, hvem man er"* (uddrag af diskussion mellem forløbskoordinatorer, arbejdsseminar 1).

I det hele taget er diskussionen af forløbskoordinatorers og delestillingsansattes muligheder for tværgående koordinering et væsentligt emne, når man spørger koordinatorerne. Det følgende eksempel er fra fremlæggelsen af tegningen 'En familie' (kapitel 2, figur 1), hvor man diskuterede gennem familiemetaforen. En forløbskoordinator udtrykker, hvad man kunne tolke som magtesløshed over, hvor vanskeligt det er for koordinatorer at agere tværgående: *"Men vi vil så gerne have dem til at have fælles sprog, og alligevel så står vi der ude på sidelinjen og prøver at trække lidt i snorene og forstår godt den ene og forstår godt den anden. Men så tænker jeg: 'Hvordan søren får man dem til at snakke sammen?' Fordi det gør vi jo ikke, så længe vi bare forstår og accepterer. Og det er jo det, vi inderst inde gør"* (forløbskoordinator, arbejdsseminar 1). Koordinatorerne bliver på denne måde vidne til koordinering, som ikke fungerer optimalt, og som følge heraf ikke gavner patienten, men som vedkommende ikke mener at være i stand til at ændre. Hun afslutter sin kommentar med dette: *"Man undskylder det måske med manglende tid, eller fordi der også er andre end en selv, som er 'inde over', eller man er i tvivl om, hvem der skal 'bringe problematikkerne op'."*

I samme diskussion er en anden forløbskoordinator mere positiv i sin oplevelse af koordinatorfunktionen: *"Y indvender, at man måske ikke kan få hele primær- og sekundærsektoren til at spille sammen med det samme, men hvis man fx kan få lungemedicin og KOL-rehabiliteringen til at gøre det, er man startet et sted. Det nedbryder nogle helt traditionelle kulturer, normer og fordomme, som medarbejderne har over for hinanden, at der er én, der har et ben hvert sted. Afstanden er blevet kortere med delestillingernes introduktion."* (forløbskoordinator, arbejdsseminar 1). I sidste del af citatet kobler forløbskoordinatoren sin kommentar om samarbejde med en kommentar om fordele ved delestillinger, og herudfra kunne man hævde, at styrken ved delestillingsansatte kan være, at de kan give anledning til at rette op på et samarbejde. Men en svaghed kunne samtidig være, at ordningen endnu ikke i tilstrækkelig grad er rodfæstet og kan sætte sig igennem. I et senere afsnit om tilhørsforhold peger jeg desuden på, at det for begge delestillingsansatte, der deltog i arbejdsseminaret, var et grundvilkår, at de oplevede, at hverken region eller kommune tog et fuldt ansvar for de delestillingsansattes funktion.

Delkonklusion

Koordinatorerne i undersøgelsen giver udtryk for, at de ser sig selv som en tvetydig størrelse i det tværsektorielle samarbejde. Funktionen er modellerbar, og koordinatorens rolle tilpasses den lokale virkelighed i kombination med den konkrete person, som optager funktionen. Den brede målgruppe forstår de som de mest sårbare borgere, eksempelvis særligt svage, socialt udsatte eller

multisynge mennesker, og koordinatorene anvender ofte deres sygeplejefaglighed i kombination med individuelle strategier med henblik på at understøtte disse borgere. Det er derfor karakteristisk, at koordinatorene forstår sig som tilbydende en særlig 'angrebsvinkel' på borgerens problematik, og de skiller sig i egen selvforståelse ud fra øvrige sundhedsprofessionelle.

Kapitlet indkredser forløbskoordinatorenes relationer til øvrige sundhedsaktører. Det kan umiddelbart forekomme paradoksalt, at koordinatorene forholdsvist nemt kan relatere sig til samarbejdspartnere, mens samarbejdspartnere i undersøgelsen har sværere ved at forholde sig til koordinatorene. Dette er ikke mindst bemærkelsesværdigt af den grund, at koordinatorene selv har bidraget til at udpege netop disse. Derved skabes en usikkerhed om koordinatorenes rolle og funktion i samarbejdet, som tydeliggør et behov for kommunikation af den særlige samarbejdsrelation, der opbygges ved forløbskoordinatorens tilstedeværelse. Desuden er koordinatorene få i antal, og en etableringsfase tager tid. Ydermere peger koordinatorene på, at de forventes at sprede deres funktion over en stor mængde relationelle forhold internt mellem forvaltningerne såvel som på tværs i sundhedsvæsenet. Hovedparten peger derfor på, at mulighederne i koordinatorfunktionen ligger i at lykkes 'i det små' og på afgrænsede områder.

Koordinatorernes forståelse af og tilgang til opgavens koordinerende karakter har ydermere betydning for deres rolle og funktion på tværs. Tværgående koordinerende aktivitet opfattes af flertallet som en udfordring, der imødekommes bedre af nogle end af andre. Men fælles for dem alle gælder, at de for det første i større eller mindre grad tvinges til at bevæge sig ud over kendte rammer for deres velkendte sygeplejefunktion og henimod en mere aktiv organisatorisk tænkning. For det andet konfronteres de med, at de nu besidder beskuerens position, hvorfra de kan se tingene 'udefra', men med en 'insiders' blik og viden om sundhedsvæsenet. Deres valg i forhold til, hvordan de vil forvalte denne position kommer til at betinge deres rolle og funktion som koordinatore i det tværsektorielle samarbejde. For det tredje afhænger koordinatorenes succes af deres evne til at sælge værdien af koordinatorrollen til samarbejdspartnere, eksempelvis til de praktiserende læger, som kan have vanskeligere ved at se en forløbskoordinator finde anvendelse i en almen praksis kontekst. Ikke mindst fordi tovholderrollen er tilskrevet de praktiserende læger.

KAPITEL 4: NÅR FORLØBSKOORDINATORER OG SAMARBEJDSPARTNERE FÅR EN STEMME

I dette kapitel tages nu udgangspunkt i temaer fra de to afholdte arbejdsseminarer. For det første blev forløbskoordinatorerne spurgt om deres oplevelse af modtagelsen som forløbskoordinatorer, og for det andet blev koordinatorer såvel som samarbejdspartnere bedt om at forholde sig til to citater vedrørende forløbskoordinatorens rolle og funktion. Kapitlet bidrager ved at sætte spot på væsentlige udfordringer for koordinatorerne i forhold til at kunne udføre en koordinerende funktion. Hovedparten af koordinatorerne oplever, at samarbejdsrelationer skal opbygges over tid samtidig med, at visse ting kan spænde ben for etablering af rollen. Usikkerhed og uklarhed omkring funktionsindhold kan skabe modstand blandt samarbejdspartnerne mod at integrere forløbskoordinatorer på tværs. Mange af disse giver udtryk for hellere at ville fokusere på at understøtte eksisterende personale i etablerede funktioner. Kapitlets bidrag er dog ligeledes at påpege et behov for forløbskoordinatorer, idet der blandt samarbejdspartnerne skabes bred enighed om, at en lille gruppe af særligt sårbare patienter vil kunne klare sig bedre ved at få tilknyttet en forløbskoordinator i rollen som en hjælper.

Koordinatorernes oplevelse af modtagelse som koordinatorer

Blandt de forløbskoordinatorer, som har deltaget i undersøgelsen, gør mange aspekter sig gældende for deres oplevelse af, hvordan de er blevet modtaget blandt samarbejdspartnerne i deres rolle og funktion som koordinatorer. Særligt tre temaer er fremtrædende i materialet og deles af et bredt udsnit af de interviewede, nemlig overvejelser over synlighed, position og tilknytning.

At blive synlig

Synlighed handler for alle forløbskoordinatorerne om, at samarbejdspartnerne skal vide, at koordinatoren eksisterer og kan være en fordel at anvende i tværsektorielt samarbejde. En forløbskoordinator beretter eksempelvis om, at hun på en temadag på tværs af forvaltninger i kommunen blev præsenteret som forløbskoordinator, men at ingen vidste, at hun også havde denne funktion. Sidenhen er tunge opgaver kommet til, fordi forløbskoordinatoren 'er god' mellem forvaltninger: "Jeg har virkelig været en øjenåbner for både dem og mig: det var meget, meget positivt," kommenterer hun på arbejdsseminaret.

Synlighed hænger sammen med og kan hjælpes på vej af en klarere definition af rolle og funktion som forløbskoordinator. Dette handler eksempelvis om dels at afklare, dels at formidle hvilke grupper af patienter koordinatoren er rettet imod, herunder om koordinatoren skal brede sig over flere sygdomsgrupper eller at fokusere på enkelt diagnoser. Nogle koordinators har organiseret arbejdet således, at de arbejder med reference til en diagnose. Derfor kan de sidde som forløbskoordinators på henholdsvis KOL, diabetes og hjerteområdet. Disse oplever deres rolle og funktion som mere velbeskrevet og dermed mere synlig i relation til deres tætteste samarbejdspartnere. De kan dog stadig opleve problemer i de opgaver, som går på tværs af de kommunale forvaltninger. Generelt er der blandt de deltagende koordinators på arbejdsseminar 1 enighed om, at der er kommet en større forståelse for rolle og funktion. Fx har diverse temadage på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis medvirket til, at parterne er gået fra en tilstand af, hvad der kan betragtes som forvirring, til en gryende bevidsthed samtidig med, at der stadig er plads til forskellige tolkninger i kommunerne. En vis lokal tilpasning af forløbskoordinatorens rolle og funktion er fortsat nødvendig, idet der vedbliver at være forskel på borgernes behov i de forskellige kommuner.

Men synlighed handler ligeledes om nødvendigheden af at kunne markedsføre sig selv og sin funktion som koordinator, fordi opgaverne ikke altid kommer af sig selv. Særligt én forløbskoordinator har været målrettet i denne retning og har i begyndelsen af sin projektperiode haft held til at invitere sig selv ud i alle afdelinger i kommunen. På denne måde har hun skabt sig en historie som en succesfuld 'netværker'. Sit netværk anser hun nu for at være en stor hjælp i arbejdet som koordinator.

At etablere en anvendelig position

En anden problematik, der gør sig gældende i forhold til den modtagelse, som forløbskoordinators oplever, at de har fået hos deres samarbejdspartnere, handler om koordinators position i og uden for egen organisation. I relation til dette er der en særlig problematik omkring den ene af de to personer ansat i en delestilling, som jeg vil fremhæve. Problematikken relaterer sig til tegningen 'En familie', som denne person medvirkede til at producere (kapitel 2, figur 1). Af tegningen ses delestillingspositionen som værende på sidelinjen i forhold til det igangværende samarbejde, og netop denne position bliver særlig tydelig, når koordinatoren taler om sin modtagelse blandt samarbejdspartnere. Der er flere elementer i denne positionering, som tydeliggør, hvordan koordinatoren oplever at blive modtaget. Disse elementer omhandler indflydelse, stillingsindhold samt muligheden for fysisk tilstedeværelse blandt borgere og patienter i kommunen eller på hospitalet. Fysisk tilstedeværelse er desuden relateret til oplevelsen af at

føle en tilknytning til arbejdspladsen, hvilket jeg vil behandle særskilt som et tredje og sidste tema i dette afsnit. Den delestillingsansatte oplever det som vanskeligt at opnå indflydelse på de patientforløb, som vedkommende har berøring med, og mener ikke, at hverken 'kommune mor' eller 'far sygehus' er moden til eller indstillet på sammen at reparere på systemet. Koordinatoren oplever: *"enten så er man behandlingsstyret fra sygehuset, og når man siger, at nu når man ikke flere steder hen med den patient, så 'cutter' man, og så overgår ansvaret til egen læge, der så helt selvstændigt vurderer, hvad patienten så har behov for. Og der er faktisk ikke rigtig nogen af de to lægeinstanser, der ønsker indblanding i sådan et forløb."* (delestillingsansat, arbejdsseminar 1). Koordinatoren fortsætter: *"Diabetes er en lægeting,"* (ibid.) og ting som fx undervisning og vurdering af egenomsorgsbehovet er noget, som enten lægen på sygehuset eller egen læge vurderer, hvordan skal udføres: *"Så når jeg bliver ansat i en delestilling, så er det faktisk for at fremme samarbejdet mellem kommunen og X Sygehus. Og den definition, det er faktisk den definition, der er på det. Altså at fremme samarbejdet. Mere uddybende er det faktisk aldrig beskrevet."* (ibid.). Koordinatoren oplever derved at være sat i en position, hvor der reelt er få muligheder for at fremme samarbejdet. Vedkommende har tidligere efterlyst en nærmere beskrivelse af sin stilling, men oplever at møde forskellige opfattelser af, hvordan delestillingsfunktionen skal anvendes, afhængig af hvilken part vedkommende taler med. I kommunen har man fx anvendt koordinatorens hjælp til at opnå direkte henvisning for patienter fra sygehusets ambulatorium til sundhedscentrets rehabiliteringsforløb, og på sygehuset bruger koordinatoren stort set al sin tid på undervisning og vejledning. Denne delestillingsansatte ønsker at kunne øve større indflydelse på sin rolle og funktion ved i højere grad selv at kunne tilrettelægge og fordele sin tilstedeværelse i henholdsvis kommune og på hospital ud fra patienternes aktuelle behov. Som det er i dag opleves opdelingen for rigid.

At opnå tilknytning til et arbejdsfællesskab

"En delestillingsperson er ansat af begge parter netop for, at ingen skal føle sig forfordelt, men at give begge samme ret og derved bedre mulighed for opbygning af tværsektorielle relationer. Men dette kan have den utilsigtede konsekvens, at delestillingspersonen kommer til at opleve, at ingen af parterne benytter sig af denne ret, og derved bliver vedkommende ikke en del nogen af stederne. Til sammenligning kan forløbskoordinatoren med forankring i det kommunale også opleve at have vanskeligheder ved at opnå samarbejdsrelationer internt og eksternt, men har dog et tilhørsforhold at tage udgangspunkt i" (refleksion i feltnoter efter arbejdsseminar 1).

Oplevelsen af tilknytning til en arbejdsplads hænger sammen med muligheden for fysisk tilstedeværelse, og her har de to personer ansat i delestillinger, som deltog i arbejdsseminaret, varierende opfattelser af at have et tilknytningsforhold. Denne ene hævder som nævnt, at en svaghed ved stillingstypen kan være, at man ikke integreres i hverken den ene eller anden verden; at ingen behøver at tage en 'gæstearbejder' alvorligt; at man oplever ikke at blive involveret i den daglige praksis, fordi man simpelthen ikke er til stede hver dag: *"Som jeg siger på sygehuset, de kan altid huske, hvornår jeg kommer, jeg kommer altid tirsdag og torsdag – t som træls. Og så har de nemt ved det,"* udtrykker koordinatoren. Den anden delestillingsansatte oplever ikke tilknytningsforholdet og den fysiske tilstedeværelse på samme måde, idet vedkommende i højere grad fokuserer på at bringe sine faglige kompetencer i anvendelse. Vedkommende ser sine faglige kompetencer som styrken i sin stilling mere end noget organisatorisk eller med det formål at fremme et samarbejde. Vedkommende giver ikke udtryk for at opleve hindringer for at udnytte sine kompetencer, hvilket kan hænge sammen med, at denne koordinator skal bruge mindre energi på at få det organisatoriske til at spille sammen. Den kommunale og den regionale del af arbejdet er placeret under samme tag, hvilket muliggør, at personen oplever at være til stede begge steder ugen igennem.

Det er dog ikke udelukkende de delestillingsansatte, som reflekterer over tilknytningen til kolleger og arbejdsplads. Den forløbskoordinator, som stod bag tegningen 'Vandkanden' (kapitel 2, figur 4), giver ligeledes udtryk for samme erfaring, idet hun har oplevet at møde mistillid fra medarbejdere, som hun betragtede som sine kolleger. Hun oplever særligt, at kollegerne opfatter hende som illoyal i situationer, hvor hun træder ind som patientens repræsentant for at undersøge uklarheder i patientforløbet. For kollegerne kan sådanne handlinger så tvivl om, 'hvilken side' koordinatoren er på.

Er koordinatoren Guds gave til sundhedsvæsenet?

Overskriften på dette afsnit henviser til det omtalte citat fra afhandlingens indledning (se kapitel 1) af en tidligere sundhedsminister: *"Med de såkaldte forløbskoordinatorer er der virkelig noget at hente, for de skal sikre, at patienterne bliver samlet godt og rigtigt op undervejs, så den ene hånd hele tiden ved, hvad den anden gør"* (Netavisen Altinget, 8. april 2011). På begge arbejdsseminarer gav citatet anledning til mange ytringer, primært om udfordringerne for forløbskoordinatorerne i forhold til at kunne bidrage til den organisatoriske udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen og derved til, at 'den ene hånd hele tiden ved, hvad den anden gør'. Dette handler for koordinatorerne om:

Udfordringer i forhold til at opnå anerkendelse som koordinator og ikke som udøver af en sundhedsprofession

Udfordringer i forhold til at blive synlig på tværs af organisationsgrænser (berørt ovenfor), idet koordinatoren let bliver overset i den tværsektorielle koordinering og 'drukner' i andre nye tiltag

Ligeledes kan der opstå usikkerhed omkring selvforståelsen som koordinator på tværs af sektorer, hvilket en forløbskoordinator udtrykker på denne måde: *"Hvordan udnævner man nogen til at være netop koordinator på tværs mellem to sektorer? Det er jo ikke noget, man sådan kender, så vidt jeg ved, på andre områder. Jeg er sådan noget ekstra, et eller andet inde mellem nogen organisationer, og hvordan gør man så det? Hvor hører man til?"* (forløbskoordinator, arbejdsseminar 1). Denne identitetsproblematik kan hænge sammen med en manglende fælles definition af funktionen forløbskoordinator, hvilket ikke kun medfører personlige frustrationer, men også i nogle tilfælde manglende udnyttelse af ressourcen. Er der ikke etableret en fælles definition, både internt og mellem sektorerne, bliver det op til den enkelte koordinator at markedsføre sig og danne netværk. Der kan ske følgende: *"så kommer vi på banen ret sent, når der er nogen, der står med så komplekse opgaver, at de tænker, at det her er kørt af sporet ... så er der nogen, der tænker på, at der er noget, der hedder en forløbskoordinator."* (ibid.). Som nævnt handler dette ikke kun om koordinatorens rolle, når de går på tværs af sektorer, men lige såvel når de går på tværs af kommunale forvaltninger som fx arbejdsmarkedsområdet eller socialforvaltningsområdet: *"Så det er også ind i vores egne rækker, at det er svært,"* (ibid.), hævdes det endvidere.

Blandt samarbejdspartnerne er der enighed om, at citatet er udtryk for en politisk 'juhu-retorik' uden meget hold i deres sundhedsvirkelighed. Én sygehusperson var positiv over for idéen om et mere formaliseret samarbejde med kommunen om en forløbskoordinator, der kan være med til at sikre sammenhæng i den fælles rehabiliteringsindsats. Alle øvrige samarbejdspartnere var dog afvisende over for forestillingen om flere forløbskoordinatorer med undtagelse af enkelte koordinatorer for de allersvageste patienter. Øvrige patienter klarer selv at balancere patientforløbet med hjælp fra almen praksis, hævdes det. En samarbejdspartner påpegede, at der ikke blot var tale om to hænder, men om flere, idet patienten ofte kan møde krav om flere parallelle aktiviteter samtidig.

Nogle af de mest markante udsagn er kommet fra en praktiserende læge og en kommunal leder. Ingen af de to vægtede et mikroniveau, såfremt det handler om at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen: *"At man så tror, at man kan ansætte en til at gøre det, det synes jeg, er helt hen i vejret. Hvis man bytter ordet ud med det såkaldte forløbskoordination, så er der virkelig noget at hente. Det vil være rigtigt. Men at opfinde nye aktører, for at det her skal spille, det er*

dybt godnat” (praktiserende læge, arbejdsseminar 2). Den kommunale leder udtrykte sig på denne måde: *”Det er vel sådan et ’juhu-ord’, det der forløbskoordinator. Det der er ikke en person, men hele det danske sundhedsvæsen, der skal have lavet forløbskoordination. Så det er ikke en person det der, det er nogle strukturelle og organisatoriske ting, vi skal ind omkring”* (arbejdsseminar 2). Disse samarbejdspartnere ser således ikke forløbskoordinatoren som værende i stand til at skabe bedre sammenhæng mellem sundhedsorganisationer, idet de ikke anser det for en opgave for enkeltpersoner at have overblik over et område med så stor en kompleksitetsgrad. Samarbejdspartnerne skelner snarere mellem det, man kan betegne som patientadvokering, og koordinering på systemniveau, end det er tilfældet for hovedparten af forløbskoordinatorerne. Flertallet af sidstnævnte giver udtryk for, at de arbejder koordinerende (internt såvel som eksternt), hele tiden med udgangspunkt i patientens behov. De erkender dog at have udfordringer netop i forhold til koordineringsrollen på tværs af sundhedsvæsenet.

Er koordinatoren patientens menings- og sammenhængsskaber?

I modsætning til det første citat af tidligere sundhedsminister Bertel Haarder fokuserer citat nummer to fra sammenfatningen af et akademisk kandidatspeciale (anvendt som diskussionsoplæg på begge arbejdsseminarer, se bilag 1 og 2), på at fremstille en analytisk pointe omkring forløbskoordinatorens opfattelse af sin rolle og funktion som koordinator:

”Analysen viste, at forløbskoordinatoren i X Kommune ikke udøver en tværgående og strukturel form for koordination. Derimod medvirker forløbskoordinatoren, gennem en omsorgsfuld og forstående tilgang til patienten og dennes situation, til at gøre et netværk tilgængeligt, som patienterne kan benytte sig af i deres rehabiliteringsforløb. Det er således mere en ’meningsskabende’ end en ’sammenhængsskabende’ form for koordination, der ses udfoldet i forløbskoordinatorfunktionen i X” (Hansen & Jørgensen, marts 2011).

Deltagerne på arbejdsseminaret for forløbskoordinatorer udtrykte bred enighed om citatets budskab. En forløbskoordinator sagde således: *”Det handler om menneskearbejde, det, vi gør. En sætning, jeg rigtig tit hører, når jeg er ude ved borgere, det er: ’Tak fordi du havde tid til at lytte.’”* En anden udtrykte det samme, men med andre ord: *”Så jeg tænker det mere, som at vi skal huske, hvad det egentlig er, de (borgerne eller patienterne) har brug for, frem for om vi synligt kan lave et forløbsdiagram, der viser overgangen og alt det der.”* Blandt samarbejdspartnerne er hovedparten ved citatet blot blevet bekræftet i deres holdning til forløbskoordinatorens rolle og funktion. En praktiserende læge

sætter endog et politiserende spørgsmålstegn ved forløbskoordinatorens funktion, idet hun overvejer: *"Og det der med det meningskabende og omsorgsfulde – det er en balance, om det er samfundets opgave, altså hvor meget det så bliver patienten, der må skrive en eller anden slags dagbog med, hvad de har været til af undersøgelser og aftaler og med praktiserende læge eller en god hjemmesygeplejerske, der er indover. For det kan blive en meget omfattende og dyr opgave, hvis der skal så mange til at hjælpe de svage eller borgere i det hele taget med komplekse forløb. Er det det offentliges opgave, det kan man godt sætte spørgsmålstegn ved"* (uddrag af diskussion på arbejdsseminar 2). Her bliver det således til et spørgsmål om grænserne for velfærdsstaten. Hos en kommunal samarbejdspartner bliver problematikken gjort til et spørgsmål om læring fra tidligere gange, hvor patienttilfredsheden har været afhængig af én enkelt person. Disse gange er det for ofte blevet et spørgsmål om, hvorvidt patienten har været heldig at få kontakt til en erfaren person med kendskabet og dermed overblikket til at kunne koordinere for patienten. Den konkrete samarbejdspartner pointerer, at man ikke kan regne med, at forløbskoordinatoren besidder denne erfaring.

Hovedparten af samarbejdspartnerne gav udtryk for, at de i højere grad ønskede fokus på og støtte til det pleje- og behandlerpersonale, som står med patienten (fx på en sygehusafdeling), frem for en forløbskoordinator. Således argumenterede de for at klæde personale i såvel primær som sekundær sektor på til at kunne tage ansvar for koordinerende aktiviteter. I min forståelse inkluderer disse udsagn ikke forløbskoordinatoren, men derimod sygeplejersker og andre 'tæt på patienten' og yderligere, at det ikke anses for tilstrækkeligt med forløbskoordinatorens evne til patientadvokering og ønske om at træde stier for patienten i sundhedssystemet. I samarbejdspartnerne's forståelse er det ej heller tilstrækkeligt at være sygeplejerske af profession, idet jeg forstår dette som, at man skal besidde en pleje- eller behandlerposition for at blive anset som værende tæt på patienten. Der opstår dog en åbning i diskussionen, da en praktiserende læge kommenterer, at et lokalt sygehus har opgjort, at det drejer sig om 8-10 % af alle patienter, som har brug for ekstra koordinerende tiltag. Han hævder, at såfremt man fokuserer på at tilknytte forløbskoordinatorer til disse patienter, vil opgaven blive overkommelig. Denne kommentar får den kommunale samarbejdspartner, nævnt i afsnittet umiddelbart før dette, til at huske, hvor hun møder denne type borgere. Hun erindrer: *"Jamen så sidder jeg lige og tænker, at der er jo også ... altså det jeg i hvert fald oplever, hvor det hele det falder fra hinanden, det er jo fx hos vores psykiatriske brugere. At der er der rigtig mange, som bare vasker hænder, fordi det her har ikke noget med mig at gøre, og dem ser vi tit derude. Vi sidder jo mellem forskellige forvaltninger, hvis borgerne er dårlige og har brug for at komme ind på psykiatrisk skadestue, så kan vi nogle gange køre dem derind, og så kører vi dem hjem igen, fordi de bliver afvist ved døren, og den praktiserende læge vil ikke have noget med dem at gøre, for nu har de prøvet det hele, og så står man der tilbage"* (kommunal

samarbejdspartner, arbejdsseminar 2). Åbningen i diskussionen får ligeledes den eneste samarbejdspartner og sygehusperson, som fra arbejdsseminarets start var positiv over for forløbskoordinatorer, til igen at ville ytre sig om sin holdning til forløbskoordinatorer og behovet for social differentiering: *"for det er netop nogle af dem, som vi taber hele tiden, og som vi også bruger rigtig mange ressourcer på inde på sygehusene, fordi de kommer igen og igen, og de får ikke den her livsstilsændring. Vi magter ikke at køre det videre, når vi slipper dem inde på sygehusene, og det gør vi efter rigtig kort tid. Så derfor kunne jeg tænke mig, det kunne være nogle af dem, jeg har haft brug for X til. Det er hende, der fx går ind på sygehuset til de kontroller, de skal og møder op til de ting, som vi har koordineret"* (sygehusrepræsentant, arbejdsseminar 2). Hun får opbakning af en anden samarbejdspartner: *"For mig inde på sygehuset, vi har flere og flere multisyge patienter, som kan være i dialyse, går på kardiologisk ambulatorium og i endokrinologisk ambulatorium, og det er altså en jungle for de der sølle syge mennesker at få hverdagen til at hænge sammen. Og så kunne man så gå ind og sige, om det er en 'care' eller en 'case manager', og for mig, der kunne det godt være lidt begge dele. For det kunne også være de, der har et svært liv som socialt udsatte med det ene eller andet med sig i rygsækken, og da hører jeg nogle, der bliver tabt mellem to stole. Som ikke magter at finde ud af at møde op, og er du så ikke mødt op i et specialiseret ambulatorium tre gange, så ligger der et brev, at hvis ikke du kommer næste gang, jamen så sender vi dine papirer tilbage til praktiserende læge og så værsgo, så er du afsluttet på vores ambulatorium"* (leder i sygehusregi, arbejdsseminar 2). Således peges der her på, at der for samarbejdspartnerne er en gruppe af borgere, som kunne have gavn af at blive fulgt tættere.

Forløbskoordinatorerne deler denne opfattelse af, at deres funktion betyder en forskel for nogle borgere. Men de er samtidig opmærksomme på, at det handler om den tankegang og den politik, der føres i den pågældende kommune eller sygehus. Som en koordinator udtrykker, så ligger besparelsen langt væk fra den aktuelle valgperiode, og der er ingen påvirkning i forhold til økonomisk effekt på kort sigt. Forløbskoordinatoren kan endda på kort sigt give anledning til flere udgifter og merkoordinering. Om merkoordinering hævder en forløbskoordinator indimellem at vurdere, at en ekstra person er for meget, og involverer sig derfor ikke yderligere. Denne beslutning tager koordinatoren selv. Andre steder mødes forløbskoordinatoren med holdningen om, hvori det nye i koordinatorfunktionen består (plenumkommentarer til tegningen 'Vandkanden', figur 4 i kapitel 2). En del af dette kan måske skyldes, at mange samarbejdspartnere, som nævnt, primært er potentielle samarbejdspartnere, og dermed er deres opfattelse af koordinatorerne mere præget af generelle forestillinger om koordinatorfunktionen end af konkrete erfaringer og viden om opgavens karakter. En praktiserende læge spørger fx undrende: *"Oplever de, at de er kulturbrydere,*

altså at de er med til at få dem til at snakke sammen? Sker der noget, oplever de, at der sker noget? Eller står de bare og skræver længere og længere?" (arbejdsseminar 2). Man kan således argumentere for, at der er behov for dialog mellem forløbskoordinatorer og potentielle samarbejdspartnere med henblik på at skabe større forståelse for funktionen og ligeledes at bygge bro mellem de forskellige forståelser.

Delkonklusion

Når jeg i dette kapitel giver forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere en 'stemme', gør flere ting sig gældende. Som koordinator er det væsentligt, hvilken modtagelse, man får blandt potentielle samarbejdspartnere, idet det får betydning for den koordinerende aktivitet, man kan yde. Derfor er hovedparten af koordinatorerne optaget af tanker om synlighed, positionering og tilknytning, og forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer kan for de koordinatorer, som indgik i undersøgelsen, ikke forstås uden disse elementer. Det handler om at kunne bringe funktionen i spil, og hertil anvendes en kombination af forskellige strategier så som 'branding' og formidling af målgruppen, om at kæmpe for retten til selv at kunne tilrettelægge sin fysiske tilstedeværelse samt om at vægte sine sygeplejekompetencer.

Koordinatorerne kan have vanskeligt ved at blive anerkendt som koordinatorer og ikke som udøver af en sundhedsprofession, og at de kan opleve at blive overset i det tværsektorielle samarbejde pga dette. Denne problematik genkender flere af koordinatorerne i sig selv, hvilket for dem fører til usikkerhed i selvforståelsen som koordinator. Af samarbejdspartneres opfattelse kan man tolke, at tværsektorielt samarbejde ikke er en opgave på et 'mikroniveau' (et en til en-niveau), hvilket netop er det niveau, som koordinatoren befinder sig på, hævdes det. Men skal man forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion, må man samtidig forstå, at samarbejdspartnerne selv bevæger sig på begge niveauer, idet flere netop hævder at lægge vægt på et patientforhold, dvs. at være 'tæt på patienten'. Samarbejdspartnerne vægter således et mikroniveau, men forbeholder sig ret til at definere kriterierne for, hvem der er berettiget til at indgå herpå. Skal man følge denne tankegang, vil forløbskoordinatoren derfor møde modstand fra samarbejdspartnerne på sin rolle og funktion.

KAPITEL 5: ANALYTISKE KONSTRUKTIONER AF FORLØBSKOORDINATOREN

Dette kapitels analyse peger på forløbskoordinatoren som henholdsvis en samlende (integrativ) figur såvel som det modsatte (disintegrativ). Denne analytiske strukturering nås ved at forstå funktionen som medierende og rammefortolkende, men samtidig at se koordinatoren udfordret ved at skulle imødekomme et krav om at besidde og anvende grænsefladekompetencer. Sidstnævnte er en problematik, som man kan argumentere for, at forløbskoordinatoren deler med den alment praktiserende læge og dennes rolle og funktion som tovholder for patienten (Grøn et al. 2007). Kapitlet bidrager således med pointen om, at der omkring samme rolle og funktion sameksisterer en dobbelthed af betydning, og at forløbskoordinatoren skal finde en måde at bevæge sig mellem yderpolerne af modsatrettede forståelser. Dette giver anledning til følgende betragtninger: 1. Skellet mellem de udlagte forståelser af rollen og funktionen er stort, hvorved begrænsningerne for forløbskoordinatoren i samarbejdet ender med at dominere over mulighederne. 2. Hvis man slår ordet 'spændvidde' op, har det dog både at gøre med at strække sig over en afstand, eksempelvis mellem to yderpoler, som i dette kapitel mellem modsatrettede forståelser. Men det har samtidig betydningen at have: "evne eller tilbøjelighed til at omfatte mange forskellige enheder eller størrelser" (Den Danske Ordbog, ordnet.dk). Med dette kan forløbskoordinatoren ligeledes forstås som den sundhedsprofessionelle, der bidrager ved at sætte spot på, at en måde at skabe forandring i sundhedsvæsenet er ved at inkludere nye roller og lade dem udfordre etablerede forståelser og opfattelser. Koordinatoren selv repræsenterer en medarbejdertype, der forener modsatrettede forståelser, og bringer nuancer og mellempositioner frem.

Forløbskoordinatoren som integrator for samarbejdet

Mediator mellem patient- og organisatoriske perspektiver

Brugere af sundhedsvæsenet og de sundhedsfaglige medarbejdere hævdes ofte at se med forskellige øjne på patientforløbet. En ofte anvendt definition kommer fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, som definerer et patientforløb på følgende måde: "Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse" (DSKS 2003:14). Selskabet bemærker yderligere: "Forløbet strækker sig fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet – ofte hos den praktiserende læge – og til patienten ikke mere har behov for denne kontakt i relation til helbredsproblemer" (DSKS 2003:14).

Dette kan forstås således, at sundhedsvæsenet ses som en samlebetegnelse for summen af begivenheder, som en patient eller en patientgruppe kommer ud for i relation til et helbredsproblem, og som finder sted over en kortere eller længere periode. På et strukturelt niveau kan der skelnes mellem tre forskellige typer af patientforløb afhængig af den patient, der gennemgår forløbet: det akutte patientforløb, det planlagte patientforløb og det kroniske patientforløb, hvoraf sidstnævnte er i hovedfokus i nærværende afhandling (Bille & Nielsen 2011:67-69). At skabe sammenhæng mellem summen af begivenheder, der udgør patientforløbet, optager både forskere og politikere, fordi manglende sammenhæng udgør en *"evig udfordring"* og en *"voksende udfordring"* (Vinge & Strandberg-Larsen 2010:775). Man kan med rette spørge: sammenhæng for hvem og på hvilken måde? Hvor Vinge og Strandberg-Larsen skelner mellem 'kontinuitet' som ét aspekt af sammenhæng knyttet særligt til patientperspektivet og 'koordination', som forbindes med det organisatoriske perspektiv, skelner Larsen mellem interesser: *"Hvilke interesser er der i 'forløb' og hænger de sammen?"* (Larsen 2010:55). I Larsens optik er der tale om seks niveauer i patientforløb, nemlig et økonomisk -, sundhedsmæssigt -, organisatorisk -, professions-, etisk-moralsk - og et emotionelt forløb (Larsen 2010:55-57). Disse niveauer er analytiske kategorier og er i virkelighedens verden alle virksomme og delvist overlappende. Men de positioner, der tilskrives hvert niveau, strides indbyrdes om dominansen, og ifølge Larsen, er hvor tids patientforløb præget af den økonomiske position som den dominerende konstruktion (ibid.:58). Udgangspunktet for en diskussion af forskellige perspektiver på et sammenhængende patientforløb hævdes ofte at være et fælles ønske om at skabe en helhed som følge af høj kvalitet. Men kvaliteten af et patientforløb opleves forskelligt, afhængig af hvilket blik, der lægges på det. Man kan eksempelvis skelne mellem sundhedsfaglig kvalitet, organisatorisk kvalitet og patientoplevelse kvalitet (Kjærgaard & Hansen 2008:26-27). Disse kvalitetsoplevelser har alle et forskelligt fokus på, hvad der skal til for at opnå et vellykket forløb. Den sundhedsfaglige kvalitet forstås ud fra de handlinger og ydelser, som læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner udfører for at bedre patientens helbredstilstand. De forskellige fagprofessioner forsøger hver især at udvikle på de elementer af patientforløbet, som de repræsenterer. Den organisatoriske kvalitet handler om sammenhængen mellem de fagprofessionelles bidrag til patientforløbet og dermed om tilrettelæggelse og samarbejde på tværs af aktører, fagprofessioner, afdelinger og forvaltninger samt organisationer og ledelsesniveauer. Patientens oplevelse af kvalitet centrerer omkring oplevelsen af det konkrete individuelle forløb. Den overordnede pointe med at fremhæve disse tre kvalitetsoplevelser er, ifølge Kjærgaard og Hansen, at det er nødvendigt at udvide genstandsområdet til at omfatte alle delene, såfremt man ønsker at arbejde for at fremme helheden i patientforløb.

Såvel den tidligere sundhedsminister (se citat i bilag 2) og Sundhedsstyrelsen i deres anbefalinger (jf. afhandlingens kapitel 1) tillægger forløbskoordinatoren

både sundhedsfaglige, organisatoriske som patientindlevende egenskaber, hvilket tilsammen kunne betyde en unik position mellem - og forståelse for - forskellige kvalitetsopfattelser. Med denne tilgang kan man forstå forløbskoordinatoren som en samlende figur, idet en mediatorrolle kunne give mulighed for at forbinde forskellige perspektiver på sundhedsvæsenet og derved åbne op for en konstruktion af nye tilgange. Jeg ser nedenstående tegning, 'Æbletræet', samt et uddrag af fremlæggelsen af tegningen, som et eksempel på, hvorledes forløbskoordinatorer forholder sig til denne rolle som samlende figur:

Tegningen 'Æbletræet', gentaget fra kapitel 2, figur 2, større format



"Tegningen viser forløbskoordinatoren som træets stamme og grene i forlængelse af stammen. Træet står fast og udgør den stabilitet, som borgeren har brug for. Rødderne symboliserer forløbskoordinatorens kontakter og netværk, der forsyner forløbskoordinatoren med 'næring', som gør denne i stand til at kunne virke for borgeren. Fugle flyver omkring træets krone, og de flyver ind og sætter sig på stammens grene. Fuglene symboliserer søgende og undersøgende borgere, som ikke altid kender deres konkrete behov: ofte er borgerne ikke klar over, hvilke muligheder de har i systemet. Indimellem vil fuglene flyve ind ved egen kraft og sætte sig på grenene i trækronen, og andre gange vil de blive fulgt: 'Så vi kan hjælpe dem', kommenterer en af forløbskoordinatorerne. Æblerne er et symbol på, at forløbskoordinatorens

arbejde i de fleste tilfælde bærer frugt, selv om der dog indimellem er nedfaldsæbler med orm i eller æbler, som er rådne. De rådne æbler kan være borgere, som er 'sluppet' fuldstændig og faldet ned mellem to stole, og som nu bare afventer, at nogen samler dem op. Indimellem er der opmærksomhed i systemet på, at en forløbskoordinator kan samle borgerne op og skabe sammenhæng i forløbene igen. Afstanden mellem jorden, hvor de halvrådne æbler ligger, og foderbrættet er ikke stor. Indimellem lander nogle af de nedfaldne æbler derfor på brættet. Dette giver næring til det tværgående samarbejde og anledning til yderligere netværksdannelse. Ormen symboliserer, hvor forstyrrende de to forløbskoordinatorer også indimellem opfattes: 'Når vi er lidt for meget tæge, så kommer de og gnaver os ud igen', udtrykker den ene koordinator. Tegningen indeholder desuden en interessant *pointe* illustreret ved en redekasse. Koordinatorerne har nemlig erfaret, at deres samarbejdspartnere – særligt de kommunale – billedligt talt sidder i redekasser. De øverst placerede høns har ikke så mange æg at passe på, mens de nederste har mange. Hønsene holdes adskilt af skodder, som symboliserer de døre, som patienternes journaler bevæger sig mellem. Medarbejderne ser ikke, hvad de hver især foretager sig, men sidder blot og 'producerer': 'Når man så får sådan en journal og læser den igennem, jamen så kan man se, at der simpelthen står 'repeat' på hvert fjerde stykke papir, fordi det anede den der høne ikke, at den der faktisk havde gjort, og den der faktisk også havde haft fat i. Og vores ønske er jo, at man kan sætte plexiglas i her, i hvert fald som start, i stedet for at der bare står finérplader, fordi så kunne man i hvert fald se, at der er flere høns, og så kunne det jo være, man lige fik en idé om at 'halloagtigt': Det kunne jo være, at man kunne gå ind til naboen og spørge', lyder det. Redekassen symboliserer gamle vaner, traditioner og kulturer, som forløbskoordinatorerne ønsker at komme ud over: 'Man kan godt nok få fliser i fingrene, når man begynder at røre ved de her ... det skal man bare ikke gøre for meget', lyder det ydermere" (uddrag af fremlæggelse af tegningen 'Æbletræet', arbejdsseminar 1).

Med træmetaforen kan man argumentere for, at forløbskoordinatorerne oplever sig selv som en funktion, der kan bidrage til at skabe helhed og overblik for borgere, som har brug for dette. De oplever, at de tilbyder hjælp til at skabe sammenhæng og kontinuitet i patientforløb. Samtidig giver disse koordinatorer udtryk for problemets 'kerne' i forhold til tværsektorielt samarbejde (hvilket af Vinge og Strandberg-Larsen (2010) blev betegnet 'koordination'), nemlig den manglende mulighed for at se 'ind' i hinandens organisationer. Som slutningen på uddraget indikerer, har de dog lært af erfaring ikke at gå for meget i 'klinch' med de involverede interesser.

Rammefortolker

Af uddraget til fremlæggelsen af tegningen 'æbletræet' kan man forstå forløbskoordinatorens funktion således, at koordinatoren tilbyder sig som en særlig type medarbejder, idet sundhedsvæsenet i øvrigt er præget af etablerede arbejdsfunktioner med definerede indhold. Med Williams og Sullivan (2009) kan man hævde, at forløbskoordinatoren med sit blik for forskellige perspektiver på sammenhæng kan forstås som nøglemedarbejder i patientforløbet. Derved bliver Williams og Sullivans undersøgelse interessant, idet de undersøger forholdet mellem strukturelle faktorer og aktørernes individuelle handlemuligheder. I artiklen diskuteres forholdet mellem strukturelle faktorer og den individuelle aktørs muligheder for fortolkning og handling i integrationsprocesser. Williams og Sullivan pointerer, at begge elementer betinger resultatet af integrative bestræbelser, men at individuel fortolkning og meningsskabelse ofte i litteraturen og i politiske beslutningsprocesser nedtones til fordel for fx strukturelle reformer. Artiklen tager fat på det klassiske forhold mellem struktur og aktør – et forhold, som dels defineres forskelligt, dels ofte gøres til et skel. Forfatterne ser ikke et kategorisk skel, men derimod et gensidigt afhængighedsforhold. De ser aktøren som resultatskaber, men resultaterne betinges dog i sidste ende af de strukturelle kontekster, som aktøren agerer i (2009:2). Disse kan være lovgivningen, de organisatoriske rammer eller økonomiske ressourcer. Aktøren kan have specifikke personlige kompetencer og erfaringer, udvise lederskab eller evner i forhold til at arbejde integreret og interprofessionelt. Med dette citat, *"actors in this field – leaders, managers and practitioners – need a distinct set of skills and capabilities to operate in this mode of governance"* (Williams & Sullivan 2009:3), henviser forfatterne til kompleksiteten i relationer mellem samarbejdende organisationer, hvilket forstærkes af en forskellig terminologi for samarbejde og integration. Nogle anvender en metafor som 'lim' mellem separate enheder, andre taler om forløb med integrativ niveaudeling undervejs, og atter andre om at balancere dybde og bredde i integrationen. Yderligere kendes betegnelser som vertikal og horisontal integration, formaliserede procedurer eller uformelle mekanismer samt mikro- eller makroniveauer. Integrationen skal desuden vinde fodfæste blandt administratorer såvel som klinikere (ibid.:3). Denne palette af forståelser og udlægninger giver aktører mulighed for at fortolke integrationsprocesser ud fra egen professionelle baggrund, organisatoriske rolle eller interesse. I kraft af deres egenskab af 'rammefortolkere' vil særlige nøgleaktører kunne påvirke integrationsprocessen. Modstillingen mellem struktur og aktør vil blive taget op i et senere analysekapitel, men jeg anser den ligeledes for relevant i denne sammenhæng, idet tegningen 'Æbletræet' og uddraget af fremlæggelsen hertil peger på, at forløbskoordinatorene ser sig selv i en særlig position som både medvirkere såvel som beskuere. Analytisk kunne man betegne dem som fortolkere af den ramme, som borgere såvel som sundhedsprofessionelle i sektorerne befinder sig indenfor.

Forløbskoordinatoren som disintegrator for samarbejdet

Fra grænsefladefunktion til grænsefladekompetent

Dog kan man med tegningen 'Æbletræet' og fremlæggelsen heraf ligeledes pege på, at det at besidde en grænsefladefunktion og kunne se muligheder og udfordringer i tværsektorielt samarbejde ikke automatisk gør medarbejderen kompetent i grænsefladerelationer. Koordinatorerne erkender netop selv, at de er brikker i et spil mellem divergerende interesser.

Udgangspunktet for introduktionen af forløbskoordinatorfunktionen har, som tidligere nævnt, været positivt, idet der eksisterer en udbredt konsensus mellem politikere, forskere og praktikere om, at nogle borgere har brug for en særlig støttefunktion. Overlæge, professor og tidligere formand for Diabetesforeningen Allan Flyvbjerg giver således et bud på det gode (diabetes)forløb: *"Alle tilgængelige data tyder på, at faktorer som svær sygdom (ko-morbiditet), svage personlige ressourcer, dårlig sygdomsindsigt og ugunstige sociale eller kulturelle forhold er forhindringer for en persons evne til at udøve omsorg for sig selv. Problemet er imidlertid, at der mangler viden om, hvordan disse barrierer afhjælpes. Der er således behov for en speciel indsats overfor denne patientgruppe"* (Flyvbjerg 2009:164). Han understreger altså her et behov for, at sundhedsvæsenet yder en særlig indsats over for ressourcetsvage patienter. Denne særlige indsats omtales ofte som 'case' eller 'care management'-funktioner, fx som en anbefaling til sygehusene om at oprette koordinerende funktioner til at tage sig af en del af det eksterne samarbejde (Seemann et al. 2012:4). Eller som centrale begreber i den primære sundhedstjeneste, hvor 'case management' består i *"håndholdt forløbsstyring for alvorligt og/eller komplicerede syge patienter igennem sundhedsvæsenet"* (Olesen & Vedsted 2008:189-190) placeret på sygehuset eller i almen praksis, og hvor 'care management' består af en konkret person, fx en forløbskoordinator, som arbejder på tværs for den enkelte patient. Denne konkrete ressourceperson i primærsektoren kunne være en sygeplejerske, som *"forinden bør gennemgå specielle uddannelsesprogrammer i case og care management,"* og som besidder *"indsigt i kronikeromsorg, så de sikrer, at kronikerne følges og får den indsats, der er nødvendig"* (Olesen & Vedsted 2008:191). Disse oplæg plæderer således for at give koordinatorene mulighed for at udøve en grænsefladefunktion. Sideløbende med disse fokuspunkter er den alment praktiserende læge udvalgt til at være patientens tovholder i kontakten til resten af sundhedsvæsenet. Lægen udgør en del af en såkaldt filterfunktion i sundhedsvæsenets 'frontlinje', hvor en vigtig opgave, ifølge nogle forskere, består i at få patienten rigtigt ind i den sekundære del, hvis der er behov herfor. På denne måde bliver filterfunktionen ikke kun en 'gatekeeperfunktion', men også en 'gate adviser-funktion' (Olesen & Vedsted 2008:188). Alt i alt lægges der således op til at udvikle koordinatorfunktionen såvel som tovholderfunktionen til kompetente grænsefladeaktører. Dog kan man

pege på udfordringer for denne tankegang, hvilket netop kan eksemplificeres ved at se på den alment praktiserende læges rolle. For det første kan der efter 'gaten' opstå uhensigtsmæssig ventetid efter henvisning fra egen læge, idet der ikke er afsat de fornødne tekniske ressourcer (ibid.). For det andet hævder nogle, at almen praksis generelt er udfordret på sine grundlæggende værdier (ibid.:188 og Grøn et al. 2007). Således savner nogle aktører dedikation og medvirken fra almen praksis til at udvikle et samlet sundhedsvæsen. En konstitueret hospitalsdirektør udtrykker sig fx således om dette ønske: *"Det vigtigste sted at begynde er hos de praktiserende læger. Det er her, man som patient begynder og slutter, og det er også de praktiserende læger, der i sidste ende sender patienten på hospitalet. Men alligevel er de praktiserende læger slet ikke tydelige nok i patientforløbet. Jeg drømmer om et tættere og mere forpligtende samarbejde og håber, at der findes praktiserende læger, der har lyst til at være med til at bygge bro og afprøve en anderledes måde at samarbejde om de medicinske patienter på"* (Jørgensen 2009:104). Men hvorvidt dette kan blive en realitet, kan afhænge af, hvorvidt de praktiserende læger føler sig mødt på deres måde at være læger på. Grøn et al. (2007) har i en rapport afdækket praktiserende lægers opfattelse af deres rolle som tovholdere, og de har fundet frem til to hovedforståelser blandt læger: en relationel forståelse af rollen og en organisatorisk forståelse af rollen. Den relationelle måde at være tovholder peger på selve det at være familielæge og kontinuerlig figur for patienten i patientens livsforløb. Lægen anvender sin forståelse af patienten og patientens livssituation aktivt i sin udredning, vejledning og behandling. Den organisatoriske tovholderrolle opfatter nogle læger som den rolle, man påtager sig, når man skal ringe til sygehuset, kommunikere med kommunen etc. på vegne af en patient. Sidstnævnte opgaver er der typisk ikke afsat tid til i lægens daglige program, og det kan derfor blive noget, der skal overstås før næste i rækken af patientkonsultationer. Grøn et al. finder, at den relationelle tovholderfunktion for de praktiserende læger er en væsentlig værdi at holde fast i, men det påpeges ligeledes, at almen praksis grundlæggende ønsker at støtte patienten i hele patientforløbet, og derfor må de nødvendigvis åbne op for nye koordinerende opgaver. Balancegangen er dog hele tiden at bevare kerneværdien for lægerne i deres praksis. I de praktiserende lægers tvedelte opfattelse af tovholderrollen ses sammenhængen til udfordringen for forløbskoordinatorrollen, idet også forløbskoordinatoren tilsyneladende er tættere på patientens univers (det er fx patienten og ikke sundhedssystemet, som forløbskoordinatorerne i tegningen 'Æbletræet' ønsker at hjælpe), hvorfor dette perspektiv for mange falder lettere end et organisatorisk.

Delkonklusion

At se forløbskoordinatorens rolle i spændvidden mellem modsatrettede forståelser er samtidig at se koordinatorfunktionen som mulighedsskabende eller

begrænsende. Myndigheder, forskere og fagprofessionelle lægger sig i begge lejre, og forskellige røster bidrager til forestillinger om forløbskoordinatoren. Forløbskoordinatoren konstrueres således på en måde, så der på den ene side kan argumenteres for, at vedkommende bidrager til at fremme samarbejdet og på den anden side for, at denne ikke 'rykker' noget ved de etablerede samarbejdsrelationer.

I kapitel 3 udtrykte to koordinatore, at de havde oplevelsen af at stå på sidelinjen og forsøge at 'trække i tråde'. Dette beskrev jeg som at have beskuerens position, men med det element, at koordinatorene oplever at se tingene udefra, men med et sundhedsprofessionelt blik. Denne distance kombineret med en insiders viden og indsigt går igen i dette kapitel, når to andre koordinatore anvender en metafor med en redekasse. Ud fra, hvad man kunne betegne som et mulighedsperspektiv, er denne selvforståelse unik set i forhold til de øvrige sundhedsprofessionelle. Hvis man derimod anlægger et begrænsningsperspektiv er det pointen, at netop denne unikke position samtidig kommer til at udgøre en udfordring for forløbskoordinatorene. Som også den almen praktiserende læge kan kritiseres for (Grøn et al. 2007), kan koordinatoren siges at have en tendens til at lukke sig om sig selv og sin patientgruppe. Risikoen ved dette er, at begrænsningsperspektivet 'vinder' over mulighedsperspektivet, hvorved man kan hævde, at forløbskoordinatorens koordinerende aktiviteter og muligheder for at agere koordinerende ikke behøver at falde, men heller ikke at øges. Herved bidrages ikke til yderligere at udvikle samarbejdet.

DEL 3: ANALYSENS ANDEN DEL OG AFHANDLINGENS HOVEDKONKLUSIONER

Formålet med de næste afsnit er at få et mere samlet overblik over forståelserne af forløbskoordinatorernes rolle og funktion, som de er fremskrevet indtil nu.

Den empiriske forskning udlagt i kapitel 1 pegede på en række muligheder og udfordringer i koordinatorrollen og -funktionen. Kort opridset handlede disse om at: 1. Erfarne sygeplejersker introduceres som koordinatore, men de møder lokal modstand fra de sundhedsprofessionelle på udførende niveau, der betvivler koordinatorernes integrerbarhed. 2. Skal initiativerne fastholdes, kræver det derfor ofte fortsat national bevågenhed. 3. De koordinatore, der indgår som en del af et velfungerende team med afklarede roller og funktioner, har de bedste forudsætninger for at arbejde koordinerende. Afsluttende konkluderede jeg, at koordinatoren er afhængig af at være værdiskabende og tilpasningsdygtig i samarbejdet.

Afhandlingens første analyser er overordnet i tråd med den præsenterede empiriske forskning. Derfor vil jeg i nedenstående vise, hvordan analyserne kan bringes i dialog med denne forskning. Der peges på ligheder og forskelle samt muligheder og begrænsninger i vilkårene for koordinatorene, og dialogen kan her igennem bringe yderligere forståelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde. For at lette læsningen medtager jeg ikke alle inddragede studier, og jeg henviser ligeledes til kapitel 1 for redegørelse af de konkrete interventioner:

Konklusionerne i modelprojektet fra Region Syddanmark (Sandberg Buch 2012) har flere ligheder med de empiriske pointer, jeg fremhæver i nærværende analyses første del. I modelprojektets evaluering spås forløbskoordinatoren en 'positiv fremtid', såfremt tre ting imødekommes: tilstedeværelsen af positive relationer mellem de samarbejdende parter, god kommunikation samt det, der betegnes som mere koordineringsspecifikke forhold. Disse tre overordnede punkter er ikke ulig situationen for relationerne mellem koordinatore og samarbejdspartnere i afhandlingens undersøgelse, idet disse ting netop på én og samme tid udgør betingelser og udfordringer for forløbskoordinatorerne i forhold til at kunne agere koordinerende. Ser man eksempelvis på kapitel 4, der analyserer opfattelser af funktionen, er opbygningen af fx positive relationer og gode kommunikationsveje tæt forbundet til koordinatorernes oplevelse af at få en positiv modtagelse af potentielle samarbejdspartnere. De er afhængige af at være synlige, at opnå en position, hvorfra de kan udøve koordinerende aktiviteter, og de har brug for tilknytning til et arbejdsfællesskab.

Ligeledes er der en lighed i måden, hvorpå forløbskoordinatorernes opgave karakteriseres, idet både modelprojektet og nærværende undersøgelse peger på

koordinatoren som mere velegnet som støtte for individuelle patienter end for et bredt udsnit i større skala.

På samme måde som der i modelprojektet er gode erfaringer med lokale forløbsledelser, har flere koordinatore i min undersøgelse ytret sig om betydningen af at have ledelsesmæssig opbakning. Der er ikke blevet spurgt direkte til dette på arbejdsseminarerne eller i de forudgående ustrukturerede interviews, og derfor kan analysen ikke blive dybdegående her. Men overordnet må man dog sige, at koordinatorenes rolle og funktion påvirkes af, dels hvor stor indflydelse de har i sig selv, dels hvor meget opbakning de møder fra nærmeste ledelse, og herunder i hvor høj grad denne ledelse er i stand til at opbygge og fastholde tværgående samarbejdsrelationer til fordel for forløbskoordinatoren. Som belyst i kapitel 5 om analytiske konstruktioner af forløbskoordinatoren peger analysen af empirien på, at koordinatorene befinder sig på det niveau i forløbskoordinering, som går på patientniveau og enhedsniveau. Med dette forstås ligeledes, at de ikke kommer i nærheden af nogle af niveauerne med forløbsledelse. Men i deres ønsker for et fremtidigt samarbejde (se figur 18, kapitel 7) ytrer nogle dog eksempelvis ønske om muligheden for at kunne få aktindsigt eller at indkalde til møder på tværs. Derfor er der behov for opbakning, særligt i forhold til at opnå handlerum på tværs. Flere har ytret, at de har positiv opbakning fra nærmeste ledelse, men det er fåtallet, for hvem man kan sige, at de er en del af tværsektorielle projektgrupper med ledelsesbeføjelser. Samtidig kan man sige, at hvor det i modelprojektet har vist sig muligt at fastholde alle delprojekter efter endt projektperiode i kraft af en opbygning af teamstrukturer integreret i de daglige driftsrutiner, er det tydeligt, at også de nordjyske koordinatore har brug for at være en del af formelle såvel som uformelle teams. Nogle danner par med andre koordinatore på tværs af kommuner og nogle med hinanden i samme kommune: ligeså er det en udfordring, der hvor man føler, at man står alene eller udenfor. Således handler det igen om synlighed og om at blive en mere kendt figur og en del af dagligdagen blandt potentielle samarbejdspartnere med henblik på at blive en integreret del af samarbejdet. Alt i alt lader det til, at hovedparten af koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen er startet fra et udgangspunkt, hvor de har stået mere alene set i forhold til tværsektoriel bevågenhed, end det har været tilfældet for koordinatorene i modelprojektet. Derudover må man sige, at der ligger yderligere en forskel i, at nogle koordinatore i modelprojektet (ud over forskel i tværsektoriel ledelsesopbakning) har haft fordel af sekretærbistand, dvs. at nogle ligeledes har 'arbejdet for dem' på et mere administrativt plan. Dette har så frigivet tid for koordinatoren til andre dele af koordineringsopgaven og mere tid til fx strategisk og overordnet tænkning, som ikke er bundet op på enkeltpatienter, hvilket netop er, hvad nogle koordinatore i ph.d.-undersøgelsen peger på, ville være en fordel af have (se koordinatorenes ønskeliste, kapitel 7, figur 18).

Kræftrehabiliteringsprojektet i Aalborg Kommune (Jespersen et al. 2009) lader til at være nøje planlagt, men alligevel lider det af, at samarbejdets udfald er vanskeligt at forudsige. Her er der både forskelle og ligheder med, hvad den foreløbige analyse af koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen indikerer. For det første lader koordinatorene i rehabiliteringsteamet til på papiret at være mere entydige og definerede størrelser, og deres rolle mere klart defineret, end tilfældet er for koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen. Men i praksis har det dog ikke været muligt at følge denne linje, og man kan overordnet sige, at koordinatorene i begge projekter er endt med dele af samme overordnede rolle: en primært internt koordinerende funktion som patientens vejleder og vejviser. Det har for begge grupper vist sig vanskeligt at 'bryde igennem' og opnå en tiltænkt position i det tværsektorielle samarbejde. Dog gives i begge projekter ikke et statisk billede, men derimod et billede af en proces, hvor tingene med tiden kan flytte sig i takt med at kendskabet til hinanden øges. Således er der udfordringer for begge projekters koordinators i forhold til at kunne agere tværsektorielt på trods af, at man også med tiden har nærmet sig hinanden. I rehabiliteringsprojektet såvel som i ph.d.-undersøgelsen har man ligeledes oplevet udfordringer ved at bevidstgøre almen praksis om mulighederne ved forløbskoordinatorens funktion. I rehabiliteringsprojektet er tilbuddet druknet i øvrige sundhedstilbud, og i ph.d.-undersøgelsen giver nogle koordinators udtryk for, at lægerne har vanskeligt ved at indplacere forløbskoordinatoren i patientens forløb, fordi denne ikke direkte er udøvende. Det lader til, at koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen anvender et bredere spekter af kompetencer end forløbskoordinatorene i rehabiliteringsprojektet. Hvor sidstnævnte er blevet bindeled mellem medlemmerne af rehabiliteringsteamet, har koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen åbnet op for en bredere tilgang, idet de i større eller mindre grad fx anvender deres sygeplejefaglige viden og facetter heraf. De kan også vælge at tage initiativ til kontakt til relevante parter i sundhedsvæsenet for borgeren og ligeledes agere bisidder for denne, hvis det skønnes nødvendigt. Dette har jeg betegnet som tværgående koordinering på et mikroniveau. En delestillingsansats beskrivelse af sine opgaver har jeg desuden i kapitel 4 beskrevet som vejledning på sygehuset i patientens muligheder efter udskrivning, og dette er netop en del af den funktion, som rehabiliteringsprojektet havde tiltænkt forløbskoordinatoren. I tillæg hertil kan man argumentere for, at koordinatorene i såvel rehabiliteringsprojektet som i ph.d.-undersøgelsen kan henvende sig til kolleger og potentielle samarbejdspartnere som målgruppe for deres funktion. Uden at det dog skal hævdes at være i fokus hos hovedparten af koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen.

Universitetsspecialet, der undersøgte en kommunal forløbskoordinators funktion i et hjerterehabiliteringsprojekt (Hansen & Jørgensen 2009), giver konklusioner, som i vid udstrækning er samstemmige med afhandlingens foreløbige analytiske pointer. For det første peger specialet på, at koordinatorens fysiske placering har

betydning, idet denne har haft fordel af at have en fysisk base på sygehuset. Dette oplever forløbskoordinatorerne i ph.d.-undersøgelsen ligeledes som en fordel, hvilket eksempelvis kan ses af deres ønskeliste, hvor foretræde på sygehuset netop er et punkt (kapitel 7, figur 18). Samtidig må man dog fremhæve, at de delestillingsansatte, som netop har haft en lignende mulighed, ikke oplever dette som en automatisk døråbner for at kunne indgå i samarbejde. For det andet konkluderes det i specialet, at koordinatoren gør sig genkendelig blandt sygehusets sundhedspersonale via sin sygeplejefaglighed. Hertil kan man sige, at koordinatorene i ph.d.-undersøgelsen netop også fremhæver deres sygeplejefaglighed som en væsentlig del af det spekter af kompetencer, som de anvender i deres funktion, hvilket jeg ligeledes har været inde på i forrige afsnit. For det tredje nævnes det i specialet, at koordinatorens kommunale forankring – trods tæt kontakt til sygehusets sundhedspersonale – udgør en hæmmende faktor i forhold til at skabe koordinering i andre sektorer. Dette kan man sidestille med en pointe i afhandlingens kapitel 5, hvor tegningen 'Æbletræet' med en redekasse illustrerer, hvorledes forløbskoordinatorerne oplever at være beskuer af samarbejdspartnerne, som ikke ser 'ind i' hinandens organisationer. Eller i eksemplet i kapitel seks, hvor en forløbskoordinator giver udtryk for sin frustration over at kunne iagttage nogle forhold, som kunne være anderledes, men ikke ser sig i stand til at tage det op.

Ud over ovennævnte er der to væsentlige ting, som kan ses sammen med afhandlingens første analytiske pointer. For det første kommer specialet frem til, at koordinatoren primært arbejder med at få patientforløbet til at give mening og støtte borgeren i dennes kontakt til sundhedsvæsenet i form af fx omsorg, støtte og vejledning. Hermed bidrager koordinatoren til at skabe det, der i afhandlingens kapitel 5 betegnes 'kontinuitet' for borgeren, snarere end til koordinering ud fra et organisatorisk perspektiv: koordinatoren understøtter således borgerens blik på kvalitet i et patientforløb. Helt så tydeligt kan man dog ikke i afhandlingen kategorisere koordinatorernes arbejde. Som tegningen 'Æbletræet' indikerer, lægger de sig tæt op ad en patientoplevelse kvalitetsforståelse og arbejder ligeledes på at hjælpe patienten mest muligt. På denne måde er de, hvad man populært kunne betegne som 'en sjælden race' i sundhedsvæsenet, og fungerer som fortolkere af den ramme, som både borgere og professionelle i kommuner, sygehuse og almen praksis befinder sig inden for. Men samtidig udelukker de sig ikke fra at anvende deres sundhedsfaglige kvalitetsforståelse og fx yde sygeplejefaglig service, hvor de finder det nødvendigt i deres funktion (hvilket jeg har givet eksempler på i kapitel 4). Ligeledes har de ved forespørgsel konkrete bud på, hvad der skal til for at forbedre deres position i det tværsektorielle samarbejde. På denne måde kan man hævde, at de er bevidste om deres udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, og deres hovedfokus er da heller ikke en organisatorisk kvalitetsforståelse, men den er dog stadig en del af deres selvforståelse som forløbskoordinatorer.

For det andet er der i specialets konklusion en væsentlig pointe, som også afhandlingens første analyser peger på som et væsentligt paradoks i forløbskoordinatorernes virke. Forløbskoordinatorens rolle og funktion bliver i begge undersøgelser karakteriseret som en åben og fleksibel funktion, som kan tilpasses de lokale behov og ligeledes arbejde for patienten ud fra en anden vinkel end de professionelle, som denne ellers møder. Samtidig kan fleksibiliteten dog også være en hæmsko for koordinatoren, som er afhængig af at være synlig for at kunne skabe sig en position, et patientgrundlag og et arbejdsfællesskab. Når koordinatoren har mulighed for at forme sin rolle efter sin personlighed, særlige kompetencer og erfaringer, er vedkommende samtidig underlagt det vilkår at skulle ud og 'sælge' sit tilbud. På denne måde bliver succes med koordineringsopgaven i væsentlig grad personafhængig, og som tegningen 'Edderkoppen' i kapitel 3 illustrerer, opbygger nogle en stærk platform for deres arbejde. Som illustreret i et parallelt eksempel med undersøgelsen af den praktiserende læge som tovholder (Grøn et al. 2007), kan andre koordinators rolle dog af omgivelserne blive betragtet som mindre tydelige, fordi de har blikket rettet mod patienten og ikke ud i organisationen (og fra organisationen). På denne måde vil de blive betragtet som mindre grænsefladekompetente end andre med grænsefladefunktioner.

Et svensk studie undersøgte 'case managers' koordineringspraksis over for ældre borgere som en del af afprøvningen af en særlig koordineringsmodel (Gustafsson et al. 2013). 'Case manageren' arbejder under forhold, som både ligner og adskiller sig fra ph.d.-undersøgelsens koordinators rolle. 'Case manageren' er kommunalt forankret, men er derudover en del af en teamstruktur og en særlig tilrettelagt tværsektoriel organisering. Vedkommende har en formaliseret mulighed for at optræde i et tværgående mødeforum, hvilket ikke er en given mulighed for ph.d.-undersøgelsens koordinators rolle. Således har koordinators rolle i udgangspunktet forskellige rammer for at arbejde koordinerende.

Alligevel peger erfaringerne fra det svenske studie i samme retning som afhandlingens foreløbige analyser. Overordnet hævder studiet, at 'case manageren' oplever at være udfordret på sin professionelle identitet, idet vedkommende for det første skal agere i en rolle, som er ny for personen selv såvel som for dennes samarbejdsrelationer (inklusive borgeren). Derfor skal der nye arbejdsrutiner til, og der kan ligeledes være behov for at forventningsafstemme. I ph.d.-undersøgelsen er dette beskrevet som koordinators rolle i forhold til at skabe sig et netværk og en synlig og genkendelig position, hvorfra de kan gøre sig interessante og nyttige. En har beskrevet det som en udfordring at komme sent ind i forløb, fordi det etablerede sundhedsvæsen undersøger andre og mere velkendte muligheder først. Derfor peger analysen på, at koordinators rolle anvender deres personlighed, særlige faglige styrker og erfaringer i deres rolle og funktion. For det andet har 'case manageren' erfaret, at det ikke er givet, at den etablerede adgang til at ytre sig i

mødeforum på vegne af borgeren altid rykker noget ved den etablerede tankegang og handlemåde i sundhedsvæsenet, og denne udfordring har de til fælles med de koordinatore i ph.d.-undersøgelsen, som har givet sig i kast med at forsøge at påvirke de forskelligartede interesser i patientforløbet (kapitel 5, i analysen af tegningen 'Æbletræet'). For det tredje er både 'case managere' og forløbskoordinatorerne i ph.d.-undersøgelsen opmærksomme på, at det at kunne skabe et tillidsfuldt samarbejdsforhold er væsentligt i opbygningen og vedligeholdet af relationer, og begge er ligeledes bevidste om, at de er en del af det etablerede system og samtidig står udenfor. Det svenske studie peger på, at 'case manageren' anvender denne dobbeltrolle (en unik position) aktivt til fordel for borgeren ved i situationer at træde ud af sin professionelle rolle. Dette kunne ligeledes være tilfældet for koordinatorene, men de ser sig dog samtidig som fx 'vi i kommunen' eller som sygeplejefaglige personer.

Overordnet peger det svenske studie på, at 'case manageren' er sårbar i sin professionelle selvforståelse, og denne pointe understøttes i ph.d.-undersøgelsen eksempelvis af samarbejdspartnere, som giver udtryk for, at det bør være det personale, som er 'tæt på patienten' i en daglig pleje- eller behandlerrolle, som bør træde stier i systemet for patienten (kapitel 4).

Sluttelig kan det fremhæves, at forløbskoordinatorerne i afhandlingens undersøgelse i lighed med den empiriske forskning er afhængige af positive relationer til samarbejdspartnerne samt, at de har fokus på koordinerende aktiviteter for enkeltpatienter i mindre skala. Men herudover er der forskel på graden af ledelsesopbakning og -tilgængelighed samt, hvorvidt forløbskoordinatoren er soloarbejdende eller i et teamsamarbejde. Disse forhold er betydende for forløbskoordinatorernes søgen efter en kernesygeplejeopgave, nemlig patientomsorgen. På plussiden giver flere udtryk for en kreativ tænkning i udvikling af koordinatorrollen, idet de udfordres til at tage en bred vifte af faglige såvel som personlige kompetencer i brug.

Disse fremstillinger af problemstillinger såvel som muligheder i den empiriske forskning og i analysens første del bidrager samlet til forståelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde. Afhandlingens resterende analyser søger gennem tre teoretiske blikke at skabe yderligere forståelse.

Analysestrategi for analysens anden del - tre teoretiske optikker

Analysens anden del udgøres af tre teoretiske optikker, dvs. tre teoretisk funderede 'blikke', som jeg anlægger på det empiriske materiale. Hver optik

tilføjer en ny dimension til forståelsen af forløbskoordinatorens rolle og funktion, og tilsammen giver de et komplekst billede:

- Første optik er på forløbskoordinatoren som *særlig frontmedarbejder* med inspiration i Lipsky (2010)
- Anden optik er på forløbskoordinatorrollen med *forløbskoordinatoren i et institutionelt spændingsfelt* med inspiration i Berger & Luckmann (1967)
- Tredje optik er på forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere som *'boundary spanner'*, dvs. som aktører i grænseflader, med inspiration i Williams (2012)

Analysens anden del understøtter den overordnede empiriske pointe fra første del, idet analyserne i anden del på forskellig vis peger på, at forløbskoordinatoren er udfordret som koordineringsmekanisme i det tværsektorielle samarbejde. Optikkerne er valgt, fordi de bidrager til forståelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion på tværs i sundhedsvæsenet. Det er teorier, der alle forstår individet i samspil med samfundsstrukturerne, og hvor der samtidig fokuseres på individets måde at opfatte verden på og handle i verden ud fra denne opfattelse. De understøtter dermed den videnskabsteoretiske tilgang, jeg har til undersøgelsen og det mikroblik, jeg anlægger, når jeg giver forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere en 'stemme', og således lægger vægt på deres udsagn. Jeg har tidligere i afhandlingen belyst Berger og Luckmanns (1967) position, men jeg har i mindre grad forholdt mig til Lipskys (2010) og Williams (2012) teoretiske positioner. Lipsky er ifølge Kragh Jespersen (1996:62-69) en del af en funktionalistisk tradition, der undersøger forholdet mellem en organisations struktur og dets ansatte. Funktionalismen har solide rødder tilbage i tiden, men blev udbredt i samfundsvidenskaberne i løbet af 1900-tallet, og danner stadig grundlag for videnskabelige argumenter i dag. Man studerer: *"...sociale fænomener i deres gensidige sammenhæng"* ud fra en betragtning om, at de alle dele tjener en funktion for helheden (opslag 'funktionalisme' i Gyldendal Den Store Danske). Dog kan man sige, at sociologien i dag er mere optaget af at studere afgrænsede sociale systemer frem for hele samfund, og hertil anvende: *"...funktionalistiske grundbegreber som status, position, norm, rolle, institution, integration og differentiering"* (Sociologiskforum.dk). Funktionalismen er blevet kritiseret for at mangle forklaringskraft overfor forandringer i systemer, og for ikke at lægge vægt på individets betydning. Lipsky har søgt at indarbejde en del af denne kritik i opdateringen af sit arbejde med street-level bureaukratier, hvilket afspejles i 2010-udgaven af hans bog. Herved sætter Lipsky spot på, at forandring er mulig trods dominerende strukturer. Ud over dette kan man sige, at forskere er svære at sætte i bås og give en præcis og entydig videnskabelig etikette. Snarere er det interessant at se Lipsky (2010), Berger og Luckmann (1967) samt Williams (2012) som dele af to kontinuummer af henholdsvis teoretiske og videnskabsteoretiske yderpunkter bestående af struktur- og aktørorienterede

positioner samt realistiske- og konstruktivistiske positioner. Hvis man således skal placere teoretikerne i forhold til hinanden i kontinuummet med struktur - og aktør perspektiver, vil Lipsky (2010) være den mest strukturorienterede teoretiker. Williams anerkender ligeledes den strukturelle og samfundsmæssige konteksts betydning for aktørens frie vilje og muligheder for handlinger, men lægger i højere grad vægt på at undersøge individuelle aktører. Placeret i et kontinuum af realistiske og konstruktivistiske positioner, vil Lipsky ligge tættest på det realistiske, og Williams være mere fænomenologisk og mindre konstruktivistisk i sin orientering end Berger og Luckmann. Hverken Lipsky eller Williams er dog rendyrkede i deres teoretiske positioner, og Lipsky er som nævnt heller ikke uberørt af poststrukturalistiske kritikker eller afvisende overfor konstruktivistiske idéer. Se eksempelvis Lipsky (2010:68). Dog fremhæver Kragh Jespersen Lipskys argument om, at de rutinerede afværgemekanismer, som medarbejdere har overfor organisatorisk pres, kan vise sig funktionelle for arbejdsgiveren (1996:68). Ligeledes kan man sige, at selv om Lipsky og Berger & Luckmann er de teoretikere, der ligger længst fra hinanden i de to kontinuummer, ligger der i Berger og Luckmanns (1967) teori, at de menneskeskabte samfundsinstitutioner indvirker på det enkelte menneske. Således er der, hvilket jeg indledte dette afsnit med at påpege, tale om tre teoretiske bud, der trods indbyrdes forskelle alle forstår individet i samspil med samfundsstrukturene.

Der er forskel på, hvorledes man kan anvende teori i en afhandling. Jeg har valgt tre og ikke én optik, fordi de supplerer og understøtter hinanden, i hvad jeg med Antonsen et al (2000:44-48) vil betegne som en udfyldningsstrategi. Med dette mener jeg, at første optik suppleres af anden optik, mens tredje optik understøtter de to første. Når jeg således i første optik pointerer, at forløbskoordinatoren kan forstås som 'frontløs' i det tværsektorielle samarbejde (idet vedkommende af samarbejdspartnerne ikke tænkes ind i, hvad man kunne betegne som dag-til-dag-rutiner omkring samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet), supplerer jeg denne pointe i næste optik. Her peger analysen på, at forløbskoordinatoren 'finder en plads', men at denne kategoriseres som en intern kommunal medarbejder. Denne pointe understøttes i den tredje optik, som netop problematiserer forløbskoordinatoren som 'boundary spanner, dvs. som en aktør, der kan gå på tværs af organisatoriske grænser. Teorierne er således ikke i konkurrence med hinanden, men anvendes eklektisk.

I forlængelse af ovenstående afsnit vil jeg nu kort uddybe og opdatere det socialkonstruktivistiske perspektiv (kapitel 7) samt uddybe 'boundary spanner'-perspektivet (kapitel 8). Frontmedarbejderperspektivet er uddybet dels i analysestrategien ovenfor, dels i selve kapitlet (kapitel 6), og vil derfor ikke blive yderligere omtalt her. Introducerende kan man sige, at Berger og Luckmann (1967) udlægger en generel teori om samfundsudvikling, hvilket jeg i analysen er inspireret af, særligt i forhold til deres anvendelse af begreber som rolle og

typificering. Williams (2012) udlægger derimod et perspektiv med fokus på samarbejdsprocesser internt og mellem sektorer, hvilket ligger tæt på afhandlingens fokus, og derfor gør perspektivet umiddelbart relevant. Derudover tydeliggøres den strukturelle og samfundsmæssige konteksts betydning for aktørens muligheder. Dette bidrager yderligere til at højne vidensniveauet i afhandlingens undersøgelse, idet et kendskab til rammerne for forløbskoordinatorens rolle og funktion på tværs øger forståelsen. Efter denne introduktion vender jeg nu blikket mod Berger og Luckmann. Hvis man kigger på Wenneberg (2002), udgøres socialkonstruktivismen af flere retninger, hvoraf Berger og Luckmann (1967) er én. Socialkonstruktivismen som perspektiv er både omdiskuteret og kritiseret (Hviid Jacobsen 2001) og lige såvel er bogen om den samfundsskabte virkelighed (Vera 2016). På trods heraf refereres der til bogen af såvel tilhængere som forskere i opposition til socialkonstruktivismen (Hirsch & Boal 2000). Ligeledes er der ifølge Scott udviklet flere analyseenheder/-niveauer (2014:104-107). Men man har ikke italesat eller fokuseret på individuelle roller og funktioner, hvilket stadig aktualiserer Berger og Luckmanns (1967) arbejde og udviklingen af denne del.

Jeg vender nu blikket mod Williams og 'boundary spanner'-perspektivet. Betegnelsen 'boundary spanner' er ikke ny i organisations- og managementstudier (se eksempelvis Aldrich & Herker 1977 og Tushman & Scanlan 1981 for tidlige eksempler på udforskning af 'boundary spanner' roller). Ej heller er der tale om, at betegnelsen holdes til personifikationer, idet der ligeledes er forskere, der skelner mellem 'boundary spanner' og 'boundary objects' samt relationerne mellem disse (se eksempelvis Levina & Vaast 2005 og Nicolini et al. 2012). Derudover kan det fremhæves, at Williams har udviklet sit 'boundary spanner'-perspektiv i løbet af 00'erne (2002 og 2012, Williams & Sullivan 2009) og bidraget til at inspirere forskere til inddragelse af et 'boundary-spanning'-perspektiv. Et eksempel på dette indenfor afhandlingens fokus er australske Ehrlich et al. (2012a).

Efter nu at have beskrevet forløbet af de kommende analyser i afhandlingens del 3, begrundet teorivalg samt deres indbyrdes relation, indleder jeg i næste kapitel besvarelsen af underspørgsmål 2 til det overordnede forskningsspørgsmål, drevet af min teoretiske interesse.

KAPITEL 6: ANALYSEOPTIK 1 - EN SÆRLIG FRONTMEDARBEJDER

I dette kapitel analyseres forløbskoordinatoren ud fra et frontmedarbejderperspektiv, og der trækkes på Lipskys (1980) studier af offentlige ansatte. Som frontmedarbejder er forløbskoordinatoren udsat for et krydspres mellem organisatoriske krav og borgerens behov og forventninger. Ydermere er koordinatorens funktion i udgangspunktet tværgående hvilket gør, at denne skal forholde sig til en udvidet organisatorisk virkelighed. Det vil sige ikke alene pres fra én, men flere organisatoriske/politiske/administrative overbygninger. Kapitlet bidrager ved at inddrage begreberne 'front' og 'fortællinger' samt relationen mellem begreberne. Front sidestilles i analysen med samarbejde, og tilstedeværelsen af 'frontløshed' er således der, hvor der ikke etableres eller søges etableret et samarbejde. Pointen er, at måden at italesætte koordinatorens rolle og funktion på tværs har betydning for, hvorvidt der dannes en front, og omvendt. Her bidrager kapitlet således ved at introducere en modsætning mellem stat-agent fortællinger og borger-agent fortællinger (Maynard-Moody og Musheno 2000). Yderligere er det dog Maynard-Moody og Mushenos pointe, at der i frontmedarbejderen er tale om en forening af et organisatorisk - såvel som et borgerperspektiv, men at foreningen ikke er tydelig i fortællingerne. Denne forståelse gør sig ikke mindst gældende i analysen af forløbskoordinatoren som frontmedarbejder.

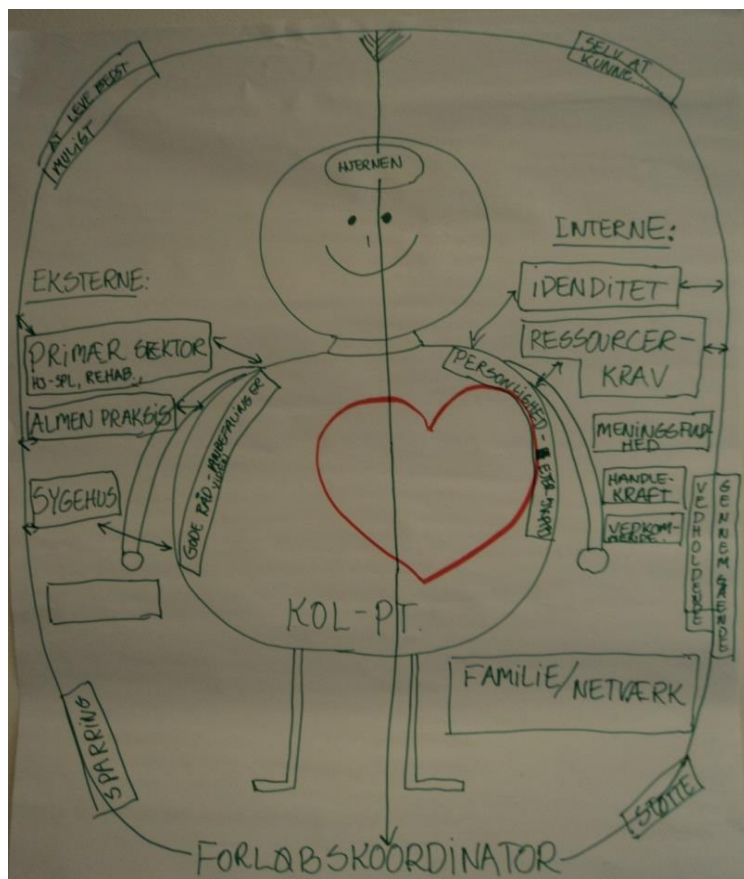
Indledning

"We are aware that federal program designers often use the term coordination as the intended result of system change efforts: thus, the goal of a program is 'a coordinated system'. The problem is that when one asks how to achieve a coordinated system, the answer is 'by coordinating the activities of the system'" (Alter & Hage 1993:82-83).

Alter og Hage gør i citatet opmærksom på et tautologisk forhold mellem på den ene side et bestemt mål, en organisation ønsker at opnå, og på den anden side midlerne til at opnå målet. I citatet taler de om, at samarbejdende organisationer kan have et ønske om at opnå et velkoordineret system, og at vejen dertil går gennem koordinering af systemets aktiviteter. Men spørgsmålet er, hvordan disse koordinerende aktiviteter skal foregå, for at parterne kan opnå et velkoordineret system. Citatet er relevant i nærværende afhandling, fordi også sundhedsvæsenet er optaget af denne tankegang. Politikere og sundhedsmyndigheder har et ønske om at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen med koordinerede patientforløb, og til dette efterspørges en række sammenhængsskabende aktiviteter, herunder tiltag til forløbskoordinering. Jeg har i afhandlingens indledende kapitler beskæftiget mig med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til

forløbskoordinering og forløbskoordinatorer, og jeg har inddraget citater, hvor forløbskoordinatoren tillægges henholdsvis organisatoriske evner (se afsnittet om forløbskoordinatoren som 'Guds gave', kapitel 4) og meningsskabende evner (se afsnittet om forløbskoordinatoren som menings- og sammenhængsskaber, kapitel 4). Ligeledes har jeg i første del af afhandlingen påpeget, at der er sket en forskydning i de officielle dokumenter fra Sundhedsstyrelsen således, at man i de senere år ikke har lagt så stor vægt på den personificerede forløbskoordinator som på forløbskoordinerende mekanismer indarbejdet i den daglige og allerede eksisterende praksis. Denne forskydning til trods har afhandlingen taget udgangspunkt i, at der i de officielle anbefalinger og fra politisk side har været ytre ønske om og gode intentioner for den personificerede forløbskoordinator. Jeg vil nu inddrage et tegneeksempel, hvor en forløbskoordinator reflekterer over sin arbejdspraksis, og forener to perspektiver, henholdsvis et organisatorisk og et patientrettet.

Tegningen 'Patienten i centrum', gentaget fra kapitel 2, figur 5, forstørret format



Følgende er et uddrag af referatet fra det første arbejdsseminar med forløbskoordinatorer og delestillingsansatte:

"Tegningens titel ('Patienten i centrum') henviser til det væsentlige i denne forløbskoordinators arbejde. Hun (forløbskoordinatoren) udtrykker dette på denne måde: 'patienten skal i den grad være i centrum, og sygdom er ikke det væsentligste her'. Koordinatoren oplever, at diagnosen fylder meget lidt for patienten, underforstået at den derfor heller ikke skal fylde for meget hos koordinator. Patienterne taler ud fra deres (patienternes) livsverden i modsætning til det professionelle fokus på en sygdomsverden. Koordinatorens opgave bliver derfor at understøtte patientens eget fokus og medvirke til at klæde vedkommende på til selv at tage teten. Koordinatoren vægter de officielle tiltag for at skabe sammenhæng, og for at patienten kan se denne sammenhæng, men det væsentligste for hende er, at 'rigtig mange patienter kan klædes på til selv at være med til at se sammenhængen ved at kunne sparre med en, som kan hjælpe dem'. Kun da bliver det patienten, som tager teten, og kun sådan bliver indsætterne vedkommende og meningsfulde. For at rehabiliteringsindsatsen for den enkelte patient skal fortsætte, vil forløbskoordinatorens rolle ifølge denne koordinator være at nå hele vejen rundt og nå både hjerne og hjerte hos patienten (afbilledet på tegningen). Derved 'plantes' arbejdet, som i træet (idet hun henviser til tegningen 'Æbletræet', jeg tidligere har omtalt), men her i patienten. 'Og det vokser de så af, håber jeg, det vil vise sig', ræsonnerer forløbskoordinatoren."

Forløbskoordinatoren skal nå både 'hjerne' og 'hjerte', med hvilket menes, at koordinatoren skal omfavne både interne (patientens muligheder og forståelser) og eksterne faktorer (gode råd, anbefalinger og viden fra almen praksis, sygehus og kommune). Herudfra giver koordinatoren henholdsvis sparring og støtte til patienten og bidrager herved til at skabe sammenhæng for pågældende. Ved at fokusere på at lære patienten at 'tage teten' bibringer koordinatoren patienten en organisatorisk bevidsthed med udgangspunkt i patientens verden og opfattelse af en konkret situation.

Således kan man argumentere for, at forløbskoordinatoren i sin forståelse af sin funktion befinder sig i en formidlende rolle mellem et organisatorisk niveau og et patientniveau. Dette kan forstås teoretisk, og på denne måde kan man komme forløbskoordinatorens position nærmere. Jeg vil derfor i dette kapitel inddrage Michael Lipskys (2010 (1980)) klassiske arbejde med et frontlinjeperspektiv, idet han netop pointerer, at frontmedarbejderen balancerer mellem organisatoriske krav (organisatorisk bevidsthed) og egne idealer for arbejdet (ønsket om at se patienten og imødekomme dennes forståelse af verden). Jeg lægger mig i afhandlingen op ad Lipsky og ser forløbskoordinatoren som en

frontmedarbejder. Dog vil jeg argumentere for, at nedenstående tre forhold (i mit empiriske materiale) gør sig gældende i min anvendelse af frontlinjeperspektivet. Med disse tre forhold advokerer jeg for forløbskoordinatoren som en særlig type frontmedarbejder:

1. Forløbskoordinatoren er en særlig frontmedarbejder, idet denne qua sin funktions fleksibilitet og rollens diffuse karakter har en anden mulighed for at balancere organisatoriske krav og egne ønsker for praksis end øvrige frontmedarbejdere.
2. Forløbskoordinatoren har flere parter at forholde sig til end dem, Lipsky inddrager i sit arbejde. Sundhedssystemet er ikke monolitisk, tværtimod består det af mange potentielle samarbejdspartnere fra eksempelvis almen praksis, kommuner og sygehuse, og hensigten er, at forløbskoordinatoren skal kunne arbejde tværgående og tværsektorielt. Dette er med til at komplicere koordineringsopgaven.
3. Forløbskoordinatoren betragtes ikke af hovedparten af de øvrige frontmedarbejdere som en kollega, der regnes med i den daglige rutine, hvilket i praksis kan gøre forløbskoordinatoren 'frontløs' i det tværsektorielle samarbejde. Årsagen hertil kan ligge i, at forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere taler og tænker forskelligt om koordinatorens rolle og funktion. Dette kan man forstå som forskellige fortællinger: en borger-agent fortælling og en stat-agent fortælling.

Jeg tager udgangspunkt i Lipskys udlægning, Evelyn Brodskins (2011, aug. og okt. 2012, 2013) videreførelse af denne og anvender dette på afhandlingens empiriske materiale. Indledningsvist vil jeg dog kort berøre nogle forbehold i inddragelsen af Lipskys arbejde i min undersøgelse. For det første vil jeg fremhæve, at Lipsky i sit arbejde bringer få uddybende eksempler, der inkluderer sundhedsprofessionelle, til fordel for uddybende eksemplificeringer af politifolk, jobkonsulenter/socialrådgivere og skolelæreres arbejdsvilkår som frontmedarbejdere. Dette forhold gør, at jeg har skullet 'oversætte' eksemplerne til min egen undersøgelse. Men jeg har samtidig fundet støtte i, at Lipsky faktisk nævner sundhedsprofessionelle i sine eksemplificeringer, og afhandlingen vil på dette empiriske felt kunne supplere hans frontmedarbejderperspektiv. For det andet vil jeg fremhæve, at jeg ikke inddrager patienter direkte i undersøgelsen, men at jeg derimod hører om patienterne gennem de sundhedsprofessionelle (dvs. fra koordinatorer og samarbejdspartnere). Hvis der tænkes tilbage på tegningen 'Patienten i centrum', som jeg netop har anvendt som eksempel ovenfor, betyder dette, at jeg har udsagn fra koordinatorer og samarbejdspartnere (de sidste repræsenterer organisatoriske krav), men jeg har ikke udsagn fra borgere og patienter – dvs. målgruppen for de professionelle. Derfor kan jeg kun formode, at der er krav herfra, men ud fra eksemplet kan jeg læse, at forløbskoordinatoren i det mindste relaterer sig til brugeren og gør sig overvejelser om, hvor hun som koordinator ønsker at bidrage til relationen. For det tredje er det ikke alle pointer

i Lipskys udlægning af frontmedarbejderperspektivet, som jeg har empirisk indsamlede data til at anvende i analysen. Men jeg ser dette som et generelt forskningsvilkår. Studiet af forløbskoordinatorene tilføjer en vinkel til Lipskys bevidst generaliserede udgave af frontmedarbejdere, idet forløbskoordinatoren udgør en delmængde heraf, ikke blot i antal, men ligeledes i karakteristika, muligheder og begrænsninger. Som det sidste skal det nævnes, at forløbskoordinatoren ikke har en myndighedsrolle som andre frontmedarbejdere: hovedparten kan eksempelvis ikke visitere til ydelser, og de har heller ikke ledelsesbeføjelser. Men på trods heraf har de kompetencer i forhold til at guide den enkelte patients beslutninger og initiativer i patientforløbet.

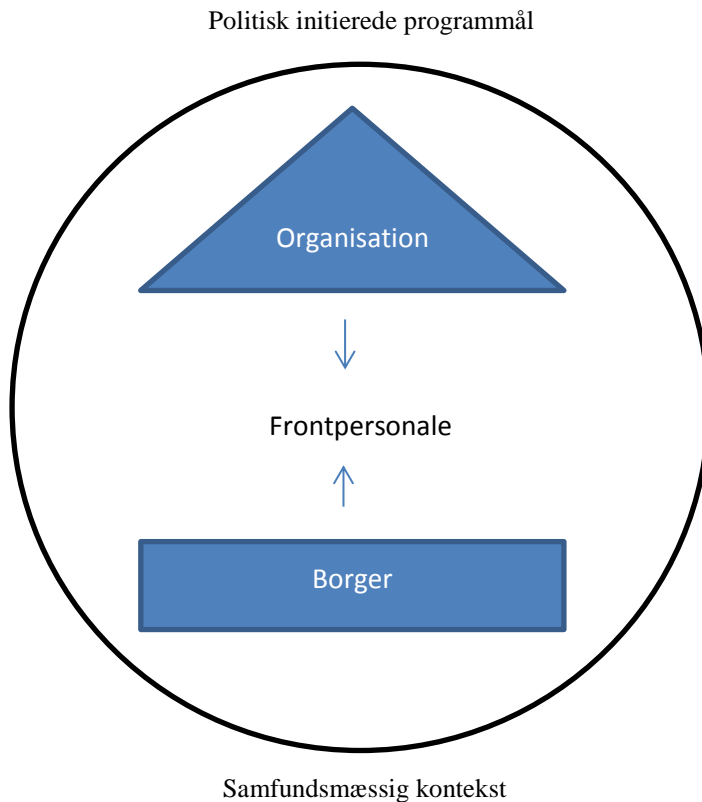
Forløbskoordinatoren som en særlig frontmedarbejder

I denne første del argumenteres der for forløbskoordinatoren som en særlig frontmedarbejder med udgangspunkt i Lipskys frontlinjeperspektiv og ved at se på ligheder og forskelle mellem Lipskys udlægning (samt andre forskeres) og min empiriske forståelse af forløbskoordinatoren mellem bruger (borgeren) og organisation.

Frontlinjeperspektivet med udgangspunkt i Lipsky

Lipsky (2010) beskæftiger sig med individets rolle i offentlige organisationer, hvilke han betegner 'street level-bureaukratier'. I organisationerne sidder der medarbejdere, der i deres daglige arbejde interagerer med borgere, og som i denne kontakt kan fordele henholdsvis ydelser og sanktioner. Disse medarbejdere betegner Lipsky 'street level-bureaukrater'. 'Bureaukrat' henviser til den autoritet, som medarbejderen besidder som offentligt ansat med et regelsæt at støtte sig op ad, mens betegnelsen 'street level' henviser til medarbejderens fremskudte placering i forhold til organisationens autoritative kerne (ibid:xii). I dansk sammenhæng har disse offentlige medarbejdere fået forskellige navne, men jeg vil betegne dem frontmedarbejdere, idet det er de medarbejdere, der dels har en rolle at spille i deres respektive organisationer, dels interagerer med 'front' mod borgeren. Det er netop denne dobbeltposition, der er interessant ved Lipskys perspektiv. En simpel model kan vise frontmedarbejderens position:

Figur 13. Illustration af frontpersonale i krydspres. Kilde: Modellen er inspireret af Kragh Jespersen (1996:66) og Lipsky (2010 (1980):193).



Modellen illustrerer, hvordan frontmedarbejderen skal forholde sig til en *organisatorisk* såvel som en *borgernær* virkelighed. Medarbejderen skal med andre ord balancere mellem forventninger til jobbet, og hvad der er realistisk at opnå (Lipsky 2010:xxii). Denne balance opnås, idet medarbejderen har mulighed for at 'skønne' i sit arbejde med borgeren. Det faglige skøn giver medarbejderen mulighed for at udføre sit arbejde på trods af eksempelvis tidspres eller utilstrækkelig information og økonomiske ressourcer i en aktuel sag. Lipsky fremhæver, at skønnet hører med til den professionelle rolle, og at frontmedarbejderen forventes at anvende skøn, idet det ikke er muligt at regulere ned til mindste detalje. Frontmedarbejderen må ligeledes have øje for den

menneskelige faktor i relationen til borgeren og ikke udelukkende repræsentere organisatoriske krav (ibid:15). Således argumenterer Lipsky ikke for, at skønnet skal fjernes fra frontmedarbejderen: tværtimod ser han skønnet som noget positivt, der skal understøttes i fremtiden (ibid:199, 205). Dette er en pointe, som han understreger i 2010-udgaven af sit værk.

Dog ser Lipsky en fare i frontmedarbejderens fremskudte placering i forhold til organisationens autoritative kerne, idet denne placering giver en uhensigtsmæssig magtforskydning mellem ledelse og medarbejder eller, sagt med andre ord, hindrer kontrollen med 'den reelle udformning' af politiske beslutninger. Ifølge Lipsky optræder der her forskellige rolleinteresser, idet ledelsen er optaget af at opnå resultater, som er forenelige med organisatoriske målsætninger, mens frontmedarbejderen er interesseret i at kunne udføre sit arbejde og bevare eller udvide den relative autonomi (2010:10). Den relative autonomi kan anvendes til fordel for individuelle borgere, men kan ligeledes anvendes imod dem, såfremt det kan true frontmedarbejderens position (ibid.:23). Relationen til borgeren betegner Lipsky som konfliktfyldt, da der er forskel på fokus, og fordi relationen er asymmetrisk. Borgeren forventer individuel behandling, mens frontmedarbejderen også har andre borgere at tage sig af. Forholdet til borgeren bliver derfor præget af et ønske om kontrol, hævder Lipsky (ibid.:60). Et eksempel på et kontrolelement kan være frontmedarbejderens strukturering af selve relationens kontekst: "*when they will take place, with what frequency, under what circumstances, with what resources commanded by the parties*" (Lipsky 2010:61). Et andet eksempel kan være forskellen på, hvilke borgere frontmedarbejderen forsyner med særlig informativ viden om organisatoriske forhold (ibid.:64-65). Et tredje kontrolelement kan være frontmedarbejderens påvirkning af borgerens selvbillende ved fx at tilbyde en terapeutlignende, rådgivende rolle (ibid.:67).

Lipskys frontlinjeperspektiv og analyse af skønnets betydning for politikeres udformning i praksis har inspireret og ansporet til kritik blandt flere af eftertidens forskere. Hoveddiskussionen går på omfanget af frontmedarbejderens handlemuligheder i positionen mellem en organisatorisk og en borgernær virkelighed, herunder hvorvidt skønnet mister betydning i takt med større ledelsesmæssig kontrol. Jeg vil i det følgende afsnit udlægge nogle udvalgte studier som eksempler på eftertidens positioner i forhold til Lipsky.

Eksempler på eftertidens positioner – inspiration og kritik

Udvidelse af en instrumentel rolle – frontmedarbejderen som fortolker og medskaber af politik

Brodkin (aug. 2012) tager Lipsky op på ny i en anmeldelse af hans værk fra 1980, som udkom i en udvidet jubilæumsudgave i 2010, og hun forsøger at følge 'street level-begrebet' videre frem mod 00'erne. Formålet for hende er at anvende erhvervet viden om 'street level-organisering' til bedre ledelse af dette organisatoriske niveau, men også til at forbedre mulighederne for at føre politiske initiativer ud i virkeligheden. Hun hævder, at Lipsky kan læses anderledes, end det normalt er gjort, og endvidere, at han ønskede at rekonstruere begrebet 'street level-bureaukrati' og tillægge det en ny og mere sympatisk mening. Offentlige bureaukratiers dårlig ry gør, at man fx ikke anerkender de mange medarbejders daglige indsats. Et stort spørgsmål i Lipskys forskning var, hvordan man kunne forstå *"complex organizational behavior,"* og i tilknytning hertil hævder Brodkin: *"His novel approach launched a still-ongoing debate about so-called bottom-up and top-down views of policy implementation"* (Brodkin aug. 2012:2). Et andet sted i artiklen betegner hun 'street level-projektet' som et forsøg på at forstå 'street level-arbejde' indefra og ud: *"It began not with what others (e.g., managers or policy makers) wanted from frontline practitioners, but with an effort to investigate the realities of work for those directly engaged in policy delivery at the front lines. It recognized that these realities influenced discretion, often in unexpected (and unseen) ways. If one could understand the logic of street-level work as practitioners experienced it, it would be possible to understand, and potentially predict, how chances in the work environment could alter their practices and thus affect what they produced as policy through their informal routines"* (Brodkin aug. 2012:3). Brodkin pointerer hermed, at pointen for Lipsky var at sætte fokus på, at frontmedarbejderen ligeledes var vigtig for politikudmøntning snarere end eksempelvis at sammenligne frontmedarbejderens og ledelsens indflydelse på politikken, som efterfølgende er blevet en central debat (se eksempelvis May & Winter 2007).

Brodkin har på væsentlige områder ladet sig inspirere af Lipsky til at lade 'street level-perspektivet' være fremtrædende. Hun pointerer, at 'street level-organisatorer' (frontmedarbejdere) har en naturlig funktion som 'policyfortolkere', men at de samtidig både kan sætte deres eget præg på fortolkningen og foretage en screeningsproces i relation til, hvilke personer der får hvad, hvornår de får det, og hvordan de får det. Forskning ud fra et 'street level-perspektiv' handler derfor om at undersøge: *"what street-level organizations constructs as policy through their informal practices, how they do it, and why they produce policy in the ways that they do"* (Brodkin 2011:199). Perspektivet åbner organisationer op over for en bredere kontekst, når der

fokuseres på, *hvad andet* frontmedarbejderne gør, når de arbejder med 'policy' (dvs. regler og forskrifter). I sin seneste publikation peger hun på to- og tredimensionelle blikke på, hvad frontmedarbejdere gør, som rækker ud over deres tidligere mere instrumentelle rolle som statens forlængede arm. Det todimensionelle blik peger på 'street level-organisationer' (SLO'er) som medierende 'policy', mens det tredimensionelle går et skridt videre og ser SLO'er som indirekte medierende 'politik' (dvs. som politikskabende i udmøntningen af politikker) og derved som organisationsudviklende eller organisationsforandrende (Brodkin 2013:17).

Hermed skelner hun mellem 'forskriftsarbejde' og 'politisk arbejde'. Både forskrifter og politik medieres gennem frontmedarbejderens praksis, hvorfor praksis må forstås som et politisk felt. Brodkin efterlyser således et politisk organisatorisk blik på velfærdsstatens arbejde, herunder sundhedssektorens: *"It links the micropolitics of SLOs to the macropolitics of the welfare state: it's a way of seeing big by looking small"* (Brodkin 2013:18). Hun anerkender, at den formelle 'policy' er et nødvendigt autoritativt og ressourcemæssigt redskab, men hævder, at den er *"insufficient to fully determine what will happen in its name"* (ibid.:23). Flertydighed i den formelle 'policy' kombineret med frontmedarbejderens mulighed for at udøve et skøn er med til at generere *"conditions under which it is analytically appropriate to regard SLOs as de facto policymakers, shaping policy content and the distribution of benefits and services through their actions"* (ibid.). Brodkin peger på flere elementer i frontmedarbejderens politiske praksis, hvoraf ét er særlig relevant i nærværende afhandling: frontmedarbejderens ageren i 'mellemrummet' mellem den individuelle borger og staten eller organisationen. Brodkin hævder på linje med Lipsky, at frontmedarbejderen i interaktionen med borgeren har mulighed for at styre dennes indflydelse på egen situation, samt at denne styring er en indirekte og subtil proces med potentielt betydelige konsekvenser. Det ligger latent hos både Lipsky og Brodkin, at denne styringsproces i hovedparten af tilfældene ikke er til fordel for borgeren (Brodkin 2013:28-32), uagtet om nogle borgere eller pårørende skulle være stærke nok til at sætte sig igennem, eller om frontmedarbejderen i højere grad drives af motiverende faktorer og ikke af afværgemekanismer som i Lipskys terminologi.

Brodkin pointerer således på basis af Lipsky, at frontmedarbejdere følger regler og forskrifter (dimension 1), men at de samtidig er forskriftsfortolkere (dimension 2). Derudover tydeliggør hun hans pointe yderligere ved at fremhæve, at der ikke blot er tale om forskriftsfortolkende arbejde, men i forlængelse heraf ligeledes om politikskabende arbejde (dimension 3). På denne måde viderefører Brodkin, hvad hun anså for Lipskys vigtigste bidrag, nemlig at udvikle forskningsfeltet til at fokusere mindre på en *"policy-centered"* tilgang, men derimod på en mere *"organization-centered"* tilgang (Brodkin 2013:21).

Skønsmuligheden og skønnets implikationer for politikudmøntningen

Evans og Harris er nogle af de forskere, som tager udgangspunkt i skønnet, og som diskuterer dets fortsatte berettigelse. De lægger sig i kølvandet på Lipskys analyse og forsøger at styrke og uddybe hans position. De har to hovedpointer: for det første at det professionelle skøn hverken kan betegnes som godt eller skidt, men derimod bør gradueres, afhængig af den situation, det anvendes i (2004:881). Derfor lægger forskerne afstand til diskussionen om for eller imod skønsmuligheden i frontmedarbejderens arbejde, men siger i stedet, at der er behov for en bredere begrebsliggørelse af skønnet og dets anvendelse. For det andet mener de, at flere regler og forordninger ikke nødvendigvis giver mere kontrol med frontmedarbejderens skønshandlinger (ibid.:871-872). Flere regler giver derimod et behov for tolkning og oversættelse, hvilket medfører, at frontmedarbejderen kommer til at sætte sit individuelle præg på politikudmøntningen i en konkret situation (ibid.:879). Evans og Harris er ikke imod regler og procedurer, men hævder som Lipsky, at skønnet er en del af det faktum, at ikke alt kan reguleres ned i mindste detalje. Således bliver skønnet det anvendte middel i tomrummet 'mellem regler' og dermed et relativt begreb (ibid.:881).

Frontmedarbejderens individuelle skønsanvendelse

Winter og Lehmann Nielsen lægger sig ligeledes op ad Lipskys analyser af frontmedarbejderens (af disse forskere betegnet markarbejder) skønsmulighed og skønnets betydning for politikudformning. Men hvor Evans og Harris taler om skønnets graduering, ønsker disse forskere at supplere Lipsky ved at adressere hans generalisering af frontmedarbejderen som en bred, homogen gruppe. I stedet ønsker de at uddybe og lægge vægt på interne forskelle mellem markarbejdere. Winter og Lehmann Nielsen pointerer, at der er forskel på skønsanvendelsen, ikke blot mellem grupper af markarbejdere, men også internt i grupperne (2008:104,141). Der kan eksempelvis være forskel på den måde, hvormed hver enkelt medarbejder agerer over for borgeren – nogle er mere regelbundne end andre, nogle udviser stor tillid til borgeren, og andre det modsatte (ibid.:123-124, 129-130). Endvidere er der forskel på markarbejdernes individuelle vidensniveau, kompetencer, indlevelsessevne etc. (ibid.:134). Det er således ifølge disse forskere individuelle 'policyreferencer', som bliver afgørende for politikudformningen, og ikke markarbejderne som kollektive politiske aktører, sådan som Evans og Harris pointerer (2004:891). Winter og Lehmann Nielsen taler om markarbejderens individuelle interesser i arbejdet og individuelle vægtning af, hvad der er væsentligt i arbejdet. Derfor giver det heller ikke mening for dem at betegne en markarbejder udelukkende som fx en

'ildsjæl' eller 'advokat' for borgeren, derimod må man søge at forstå deres forskellige interesser (2008:136-137).

Caswell (2005:86-90) har i sin ph.d.-afhandling taget samme spørgsmål op, idet hun taler om betingelser for frontlinjens praksis. Hun placerer sin teoretiske position mellem Lipsky og en publikation af Winter, som jeg ikke inddrager i min afhandling, men hvis pointe (som jeg læser Caswell) går igen i Winter & Lehmann Nielsen (2008). Jeg lægger mig op ad Winter & Lehmann Nielsens position, idet de anser frontmedarbejdere for at være en ikke-homogen gruppe med forskelle dels mellem grupper af frontmedarbejdere, dels med betydningsfulde individuelle forskelle frontmedarbejdere imellem. Dette gør jeg, fordi empirien for det første peger på forløbskoordinatorene som en særlig gruppe af frontmedarbejdere og for det andet, at de anvender individuelle strategier i interaktionen med borgeren. To elementer er således i spil her: Der er tale om en kollektiv gruppe, hvoraf det er besnærende at se to undergrupper inden for henholdsvis forløbskoordinatore og delestillingsansatte. Men i kollektivet gør samtidig individuelle præferencer sig gældende, hvormed man må pointere, at empirien ikke udelukkende inviterer til en kollektiv typificering, men også til at se på nuancer. Jeg lægger mig op ad Winter & Lehmann Nielsen, velvidende at der ligeledes vil være fællestræk mellem frontmedarbejdere generelt, men det er blot ikke dette fokus, jeg ønsker at lægge i denne analyseoptik. Derimod nærmer jeg mig ligeledes Caswell, som hævder, at varierende organisatoriske rammer har betydning for frontmedarbejderens praksis. Idet forløbskoordinatorene har forskellige organisatoriske forankringer (kommunalt og regionalt), vil de ikke opleve at have de samme organisatoriske udfordringer. Centralt står mit fokus på at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion, hvilket jeg i denne analyseoptik gør ved at se på forløbskoordinatorens handlerum mellem en organisatorisk og en borgernær virkelighed, der – som også Caswell (2005:91) påpeger – påvirkes af både individuelle og strukturelle faktorer og skal forstås som et emergerende: "*ikke på forhånd determineret handlerum, som kan udfyldes på forskellig vis*" (Caswell 2005:166, 230).

Forløbskoordinatorens unikke position

Med frontmedarbejderperspektivet, som det netop er udlagt, vil jeg argumentere for, at forløbskoordinatoren har nogle særligt fordelagtige vilkår for at handle i forhold til øvrige frontmedarbejdere. Dette giver potentiale til bedre at kunne balancere mellem en organisatorisk og borgernær virkelighed. Jeg bliver i dette korte afsnit i teorien og inddrager empiriske eksempler for at understøtte mine pointer.

Advokering

Frontmedarbejderarbejde indebærer for Lipsky en forestilling om, at det at arbejde med mennesker også er at arbejde *for* mennesker. I min forståelse af ham bliver dette til en forståelse af det betydningsfulde i et 'menneskeforhold'. Med dette mener jeg, at frontmedarbejderen går til jobbet med en forestilling om at yde medmenneskelighed i interaktionen, omsorg og ansvarlighed over for borgeren. Men ifølge Lipsky arbejder frontmedarbejderen dog under forhold, der modsiger hinanden, idet medarbejderen er ansat i en organisation med organisatoriske rammer og regler og samtidig forventes at være der for borgeren. Disse forhold er uforenelige, og at de skulle være forenelige er en myte, som lever og indlæres i den fagprofessionelle dannelsesproces: *"It is perpetuated in professional canons of ethics, which instruct professionals to treat the whole person, to respect and encourage client autonomy, and to respond to the individual rather than to alleged patterns of group behavior"* (Lipsky 2010:71). Dette er for Lipsky et ønske om en idealtilstand, som ikke kan genfindes i virkeligheden, idet den er umulig at praktisere.

Ser man fortsat på denne problematik om et menneskeforhold i frontmedarbejderarbejdet, kan man ud fra arbejdsseminaret med forløbskoordinatorer og delestillingsansatte hævde, at de netop plæderer for, at menneskeforholdet er en mulighed i deres arbejde. Jeg betegner menneskeforholdet som det gensidige tillidsforhold mellem frontmedarbejder og borger, som kommer af frontmedarbejderens tro på, at det er muligt at være der for borgeren. Ved at se på udkommet af en af de anvendte teknikker på arbejdsseminaret – koordinatorernes produktion af tegninger – kan dette menneskeforhold illustreres. Følgende opstilling er lavet af uddrag fra referatet af arbejdsseminaret med forløbskoordinatorer og delestillingsansatte:

Figur 14. Illustration af koordinatorens forestilling om et 'menneskeforhold'

Tegning	Menneskeforhold
En familie	Det store hjerte banker for de små hjerter
Æbletræet	Vi skal hjælpe dem
Edderkoppen	Få patienten op af skraldespanden Sætte målene ind i patientens egen

	ramme
Vandkanden	<p>Nogle kolleger oplever koordinatoren som illoyal, når hun pointerer, at hun først og fremmest repræsenterer borgeren</p> <p>Hjælpe borgeren, som derved vil vokse fra spire til blomst</p> <p>Møder taknemmelighed hos borgeren for sin indsats</p>
Patienten i centrum	Den tålmodige, vedholdende indsats med udgangspunkt i den enkelte patient

Figuren illustrerer, hvordan koordinatorene er orienteret mod relationen til borgeren/patienten og er drevet af en forestilling om en positiv og givende relation. De er ikke på samme måde som andre frontmedarbejdere tynget af høje sagsbunker, som ifølge Lipsky er virkeligheden (2010:72); de har tværtimod mulighed for at pleje de relationer, de har.

Lipsky gør ligeledes opmærksom på, at: *"One of the best illustrations of the solidity of the myth of human interaction in public services is provided by the transformation in the health field of the word 'care' from a verb to a noun. Politicians and administrators regularly discuss levels and amounts of care that will be provided, but rarely who will care, and how they will express their caring"* (Lipsky 2010:72), og det er netop dette, som koordinatorene opfatter, at de er sat i verden til at være; 'caregivere'. En opfattelse som koordinatorenes samarbejdspartnere i øvrigt også deler, jf. andet arbejdsseminar. Den personificerede 'carefigur' er endog blevet italesat af Sundhedsstyrelsen i dens anbefalinger, hvilke jeg tidligere har redegjort for. Koordinatorerne er drevet af en forestilling om den uselviske medarbejder, som kun ønsker at hjælpe og støtte patienten, og denne rolle virker ikke utopisk for koordinatorene, da de i kraft af deres funktions fleksibilitet oftest har mulighed for at oprette og fastholde et særligt en til en-forhold til patienten. I dette forhold ønsker de, modsat hvad Lipsky hævder, er den gængse opfattelse blandt frontmedarbejdere (2010:48), at patienten skal have noget at skulle have sagt i relationen. Kun på denne måde vil de være meningsgibende for patienten.

Med Lipsky kan man således argumentere for, at forløbskoordinatorerne taler sig ind i myten om 'mennesket bag systemet', dvs. om en frontmedarbejder, der ønsker at arbejde med 'det hele menneske' (se eksempelvis tegningen 'Patienten i centrum', kapitel 2, figur 5), men som er udtryk for en uopnåelig idealtilstand. Til dette peger koordinatorene, samarbejdspartnere samt dele af Sundhedsstyrelsens materiale på, at koordinatorenes fordel og styrke netop er at kunne agere i et en-til-en-forhold med patienten, og at koordinatorene derfor kan ses som undtagelsen, der bekræfter reglen, hvis der kigges på 'menneskeforholdet'. Disse medarbejdere bærer i udgangspunktet ikke organisatoriske krav på deres skuldre og er ikke tvunget til at rationalisere deres adfærd over for brugeren og underlægge denne bestemte rutiner, som Lipsky argumenterer for (2010:99). Derimod opfatter de deres tilgang til arbejdet som orienteret mod opfyldelse af patientens behov. Nedenstående afsnit uddyber nogle af de arbejdsvilkår, der ligger til grund for denne tilgang.

Positiv adfærdsmotivation

Lipsky taler om det generelle forhold, at frontmedarbejdere udviser skøn og indimellem bøjer officielle regler til gavn for den enkelte borger eller patient. På denne måde danner disse medarbejdere en form for moralsk undergrund, idet de yder noget ekstra for modtageren i interaktionen (2010:230). Dette karakteristika ved frontmedarbejderen har forløbskoordinatorer mulighed for at udnytte i en særlig grad i deres praksis, idet de ser sig selv som advokater for brugeren og ikke går af vejen for at indgå i dialog med andet sundhedspersonale om eksempelvis ventetider for en patient. De kan da af sundhedspersonalet blive opfattet som illoyale (tegningen 'Vandkanden', kapitel to, figur 4) eller som 'tæger' (tegningen 'Æbletræet', kapitel 2, figur 2), men pointen er, at koordinatorene kender systemet og ved, hvilke muligheder der ligger i at trække i tråde og presse på, for at regler enten overholdes eller bøjes afhængig af den konkrete situation. Som en forløbskoordinator udtrykte det i sin fremstilling af tegningen 'Æbletræet', er hun heller ikke uvidende om, at hendes indsats muligvis udgør en meromkostning på kort sigt, men i tråd med Lipsky (2010:230) hævder hun, at dette er en lille samfundsmæssig ekstraomkostning.

Der er ikke opstillet andre regler for forløbskoordinatorfunktionen end reglerne for den sygeplejefaglige gerning. Koordinatorerne lagde i deres svar på arbejdsseminaret vægt på, at der ingen faste procedurer er for eksempelvis:

- Kontakt til patienten (herunder hvem der afvises, enten af sundhedspersonalet eller koordinatorene selv)
- Hjemmebesøg, samtaler (koordinatorene lægger individuelle strategier for udførelse)

- Hjælpens indhold, og hvor længe kontakten skal bestå
- Hvordan patientforløbet afsluttes (herunder succeskriterier for forløbskoordinatorens arbejde)

Dette giver vide rammer for koordinatorens arbejde, som har nogle positive elementer i sig. Forløbskoordinatorerne fremstiller sig selv (hvilket også bekræftes af den overordnede opfattelse af funktionen på arbejdsseminaret for samarbejdspartnere) som en del af sundhedspersonalet – ikke mindst fordi flere har opgaver uden for forløbskoordinatorfunktionen på fx sundhedscentret – men samtidig er de bevidste om det særegne i funktionen, og at de eksempelvis skal lægge sig i selen for at blive synlige i det organisatoriske landskab og selv fylde hullerne ud, hvor stillingsindholdet og arbejdsformen er upræcist formuleret. Det særegne og åbne i opgavens karakter ses hos koordinatorene som en velvilje over for borgerne, hvilket jeg også omtalte i ovenstående afsnit om advokering. De oplever ikke at danne afværge- eller overlevelsesmekanismer, som ellers ifølge Lipsky (2010) er en uundgåelig del af arbejdsvilkårene for frontmedarbejdere. Denne pointe understøttes af Lehmann Nielsen (2006), der ser medarbejderadfærd som positivt motiveret. Denne forsker er inspireret af Lipskys analyser, men hun ønsker samtidig at fremhæve positive elementer af frontmedarbejdernes tilgang til arbejdet og derved udvide hans blik på krydspreset 'organisation – frontmedarbejder – borger' til ikke udelukkende at bygge på afværgemekanismer. Det skal dog fremhæves, at Lipsky i 2010-udgaven af sit klassiske værk gør opmærksom på, at han ikke har haft til hensigt at sige, at der altid er tale om et negativt indvirkende krydspres, eller at dette gælder for alle frontmedarbejdere.

Forløbskoordinatoren i et ikke-monolitisk system

I ovenstående afsnit har jeg diskuteret forløbskoordinatorens særlige position mellem organisation og borger. Her forstår jeg empirien således, at koordinatorene qua en større fleksibilitet i deres funktion har en anden mulighed end øvrige frontmedarbejdere for at forbinde borgerens verden med en organisatorisk virkelighed. Men som jeg vil diskutere i de følgende afsnit, og som jeg har pointeret i indledningen til dette analysekapitel, gør yderligere to forhold sig gældende for forløbskoordinatoren i et frontlinjeperspektiv. For det første befinder forløbskoordinatoren sig ikke i Lipskys monolitiske system, som jeg forstår hans arbejde, tværtimod har koordinatoren flere organisationer og dermed også flere potentielt forskellige interesser at forholde sig til. Dette fører til det andet forhold, som jeg vil behandle efter dette afsnit. Det ser ud til, at forløbskoordinatoren har vanskeligt ved at fastslå en position som en ligeværdig samarbejdspartner i det tværsektorielle samarbejde, og hverken koordinatoren selv eller samarbejdspartnerne lader til at medregne koordinatoren i samarbejdet.

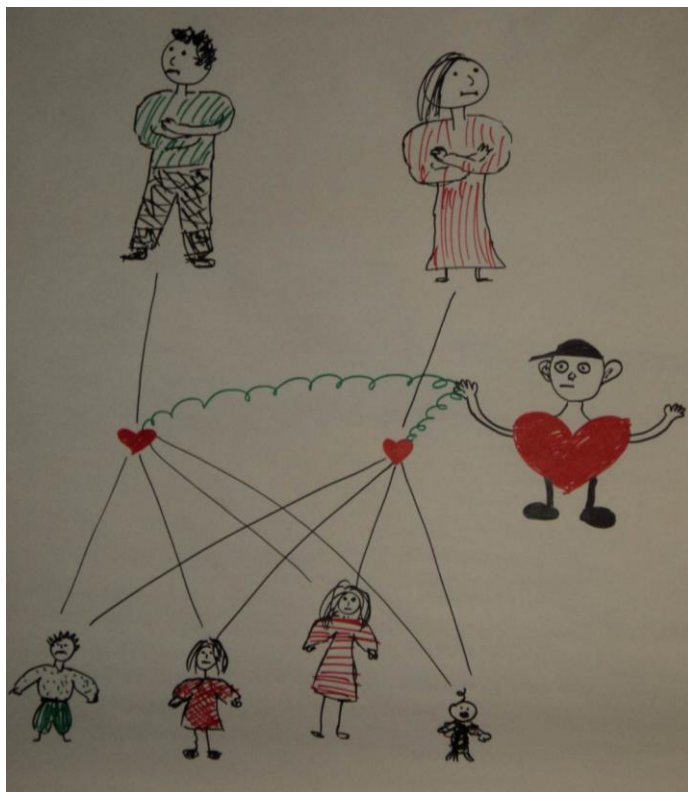
Koordinatoren skal derfor kæmpe for at profilere sig, og for nogle lykkes det at skabe sig en position, mens det for andre er vanskeligt at etablere en funktion, der indebærer tværsektorielt samarbejde. Det lader til, at sidstnævnte får mulighed for at agere fleksibelt, fordi de af omverdenen tillægges en perifer betydning.

En udvidet model

Øget organisatorisk kompleksitet

Forløbskoordinatorer og delestillingsansatte bevæger sig med brugeren af sundhedsvæsenets ydelser frem i patientforløbet. Men modsat hvad der fremgår af Lipskys analyser, er aktiviteterne i et patientforløb forankret i forskellige organisationer, og koordinatorene må derfor naturligt forholde sig til et landskab af forskellige interesser. Dette kan bedst illustreres ved at se på tegningen 'En familie':

Tegningen 'En familie', gentaget fra kapitel 2, figur 1, større format



Det følgende er et uddrag fra referatet til arbejdsseminaret med koordinatore og beskriver en fremlæggelse af tegningen foretaget af to personer ansat i delestillinger mellem kommune og hospital:

"Billedet viser en mand (far sygehus) og en dame (kommune mor). Far sygehus og kommune mor har et fælles ansvar for nogle børn (patienterne), som de er glade for. Men noget er sket mellem mor og far, som gør, at de ikke (længere) taler så godt sammen. Derfor har de inviteret onklen ind (en medarbejder ansat i en delestilling mellem kommune og sygehus) til at samle trådene og tage vare om børnene. De betaler ham eller hende for at udføre denne funktion. Onklens ansigtsudtryk viser de følelser, som en ansat i en delestilling kan sidde med. Vedkommende troede ved ansættelsens start, at far sygehus og kommune mor var afklarede omkring forholdet: at de gerne ville hinanden, fordi de ønskede det bedste for deres børn. Så onkel har ikke far sygehus og kommune mor bevidst i hånden, men står ligesom lidt på sidelinjen og forsøger at se, om der kan skabes en bedre og mere velfungerende relation. Der er ingen tvivl for onkel om, at far sygehus og kommune mor hver især ønsker det bedste for deres børn, blot kan de ikke finde ud af at udnytte de goder, de hver især har. Der er heller ingen tvivl for onkel om, at han eller hun havde forestillet sig, at processen ville forløbe nemmere, netop på grund af det positive udgangspunkt. Men onkel er således inviteret indenfor og prøver nu på snørklede måder at koble nogle tråde. Onkel er karakteriseret ved et stort hjerte, store ører og store øjne. Hjernen er ikke illustreret – men den er der" (fremlæggelse af to delestillingsansatte, arbejdsseminar 1).

Der er to pointer i denne beskrivelse. For det første skal frontmedarbejderen nu forholde sig til sammensatte organisatoriske krav og ønsker – som tegningen illustrerer, skal koordinatoren forholde sig til en kommunal sektor såvel som til en hospitalssektor. Synsvinklen er de to delestillingsansattes, som netop er ansat begge steder, og som derfor koncentrerer sig om kommune-hospitalsforholdet (hos de øvrige koordinatore er interesserne endnu mere komplekse, idet også almen praksis samt forskellige kommunale instanser er involveret). Modsat Lipskys perspektiv med én organisatorisk virkelighed skal frontmedarbejderen nu forholde sig til en flertydig organisatorisk virkelighed. Men som det er udtrykt i tegningen (hvilket også er berørt i de foregående afsnit), er koordinatoren orienteret mod patienten og relaterer sig til kommunen eller hospitalet gennem dennes relation til patienten (ses på tegningen, ved at koordinatoren holder fast i to små hjerter). Der er således ikke tale om, at koordinatoren ser sig selv som et bindeled mellem kommune og hospital på nogen direkte måde.

For det andet illustrerer tegningen, hvordan man i god tro kan etablere en hjælpefunktion ud fra en overbevisning om, at denne vil kunne hjælpe parterne med at skabe bedre patientforløb. Det lader dog ikke til, at funktionen er placeret i en position, hvor vedkommende har et handlerum. Trods et stort hjerte, viden og erfaring er der snarere tale om en perifer position, hvorfra parterne kan observeres, men hvor muligheden for at røre ved centrale problemstillinger i det tværgående samarbejde mellem kommune og hospital ikke er stor. Dog skal det siges, at styrken ved delestillinger er selve anledningen til at rette op på et samarbejde, og det vides ikke, om de delestillingsansatte på sigt vil have held til at sætte sig igennem.

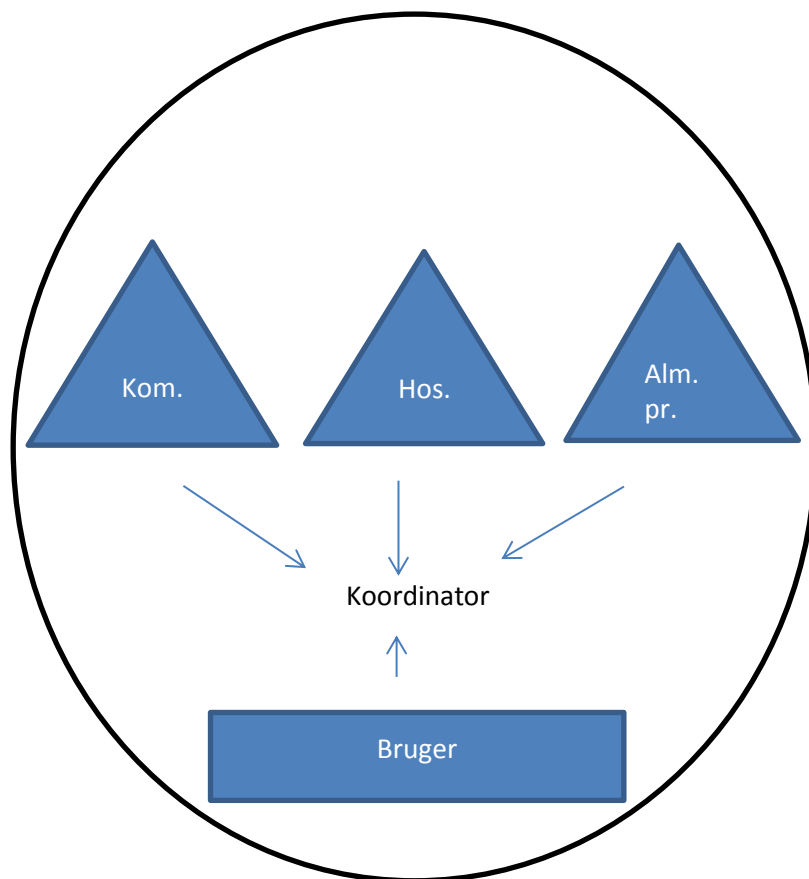
Afslutningsvist kan man sige, at tegningen illustrerer, hvordan en udenforstående kan se parterne i patientforløbet og opfatte sin egen chance for at blive en del af forløbet. Koordinatorerne erfarer dels, at positive samarbejdsrelationer ikke kan opbygges, når der samtidig eksisterer modsatrettede interesser mellem parterne, dels at det er en betydelig udfordring at rykke ved de organisatoriske strukturer.

Lipsky i en nutidig sundhedsmæssig kontekst

En model vil kunne illustrere, hvorledes koordinatoren som en særlig type frontmedarbejder skal forholde sig til et komplekst net af mulige og nødvendige relationer. Modellen er inspireret af Lipskys analyse af frontmedarbejderens position mellem organisationens krav (og bag ved dette Sundhedsstyrelsens programål for indsatsen for kronisk syge) og borgerens behov (som gives på baggrund af samfundets krav til serviceniveau). Men den supplerer Lipsky i den forstand, at den pointerer, at sundhedsvæsenet ikke er monolitisk, når det kommer til tværgående samarbejdsrelationer:

Figur 15. Forløbskoordinatoren som en særlig frontmedarbejder

Politisk initierede programsmål



Samfundsmæssig kontekst

Modellen illustrerer, hvordan koordinatorene skal forholde sig til arbejdsvilkår i sundhedsorganisationer (kommuner, hospitaler, almen praksis), som ikke nødvendigvis er enslydende på trods af en fælles vision om et sammenhængende patientforløb. I modellen skal ligeledes indregnes, at der internt i hver organisation er afdelinger, forvaltninger og et antal praktiserende læger, som ikke tænker ens, og som derfor ikke har samme ønsker til en koordinatorfunktion. Nærværende afhandling fokuserer ikke på 'brugerblokken': det skal blot nævnes, at brugerne (borgerne og patienterne) heller ikke er en

ensartet gruppe, idet nogle står alene, mens andre har stærke pårørende eller patientforeninger, som støtter op. Dette betyder forskellige brugerbehov og ligeledes forskellige indgange til brugeren for koordinatoren. Modellen skal ikke forstås sådan, at øvrige frontmedarbejdere ikke er underlagt krav fra flere organisationer, men at forløbskoordinatoren og delestillingsansatte er placeret i en særlig fremskudt position med henblik på netop at indgå i tværgående relationer. Dette er ikke nødvendigvis fokus for andre kommunalt ansatte eller hospitalsansatte. Den eneste samarbejdspartner, som udmiddelbart kan have samme fremskudte position, er den alment praktiserende læge, idet denne forventes at kunne agere tovholder for den enkelte patient. Men selv lægen er primært koncentreret indad i sin egen lægepraksis og kun i mindre grad mod det tværgående organisatoriske arbejde (Grøn et al. 2007).

Winter og Lehmann Nielsen (2008) beskriver, hvorledes både individuelle og institutionelle (organisatoriske) faktorer har betydning for frontmedarbejderadfærd, og de har lavet en oversigt over disse faktorer, som jeg gengiver her:

Figur 16. Faktorer med betydning for frontmedarbejderadfærd. Kilde: Winter og Lehmann Nielsen (2008:142)

Individuelle faktorer:

- Individuelle interesser/holdninger
- Individuelle evner

Institutionelle faktorer:

- Lovgivningsgrundlaget
- Policydesign
- Politiske omgivelser
- Ledelsesstil og -instrumenter
- Organisationskultur
- Ressourcer
- Opgaveområdets omgivelser - herunder målgruppens karakteristika

Med denne oversigt bliver det tydeligt, hvor komplekst et felt koordinatoren befinder sig i mellem samarbejdende organisationer – afdelinger og forvaltninger – professioner og flere ledelsesniveauer. De institutionelle faktorer er ganget op med antallet af potentielle samarbejdspartnere, og der vil hele tiden opstå krav til koordinatoren om at udvide sine samarbejdsflader for at kunne agere i feltet. Ligeledes vil de institutionelle faktorer variere fra samarbejdspartner til samarbejdspartner. Eksempelvis er en ofte nævnt udfordring for et samarbejdende sundhedsvæsen væsensforskelle i organisationernes 'kulturer', det kan fx være tilgængelighed eller syn på brugeren, og denne faktor vil fremstå i interaktionen som en interesseforskel, som koordinatoren skal forholde sig til. Interesseforskelle er med til at skabe afstand mellem parterne (se fx to forløbskoordinatorers illustration af dette forhold som plexiglas mellem høns i en hønsegård i tegningen 'Æbletræet', kapitel 2, figur 2) og kan virke både inkluderende og ekskluderende på koordinatoren (se også Winter & Lehmann Nielsen 2008:62 om aktørers maksimering af egne interesser). Man kunne fx forestille sig, at en kommunalt ansat forløbskoordinator med en kommunal baggrund vil have mere erfaring og større kendskab til organisationskulturen i kommunen end på et sygehus eller i almen praksis. Koordinatoren vil derved bedre kunne begå sig mellem de kommunale forvaltninger. Hertil skal lægges (hvilket i oversigten betegnes individuelle faktorer) koordinatorens egne interesser og holdninger til arbejdet samt vedkommendes evner til at føre disse ud i livet. Med de friere rammer og arbejdsvilkår for forløbskoordinatorer og delestillingsansatte end for andre frontmedarbejdere får de individuelle faktorer særlig stor betydning.

Koordinatorernes rolle og funktion i en verden af ikke-entydige krav

Indledning

Det foregående afsnit har skitseret koordinatoren i et ikke-monolitisk sundhedssystem eller, med andre ord, en situation, hvor koordinatoren skal agere i et sundhedsvæsen præget af det, der kan betegnes som 'wicked problems' eller på dansk 'onde problemer' (Winter & Lehmann Nielsen 2008:112). Onde problemer er komplekse problemstillinger, som har: *"incomplete, contradictory, and changing requirements and complex interdependencies that are often unique to the local setting of the problem. The stake holders of a wicked problem often have radically different world views for both understanding the problem and approaching its solution"* (Periyakoil 2007:658), og modsat 'tamme problemer' har de ikke en konkret løsning eller lader sig løse i en lige linje fra: *"data gathering, data analysis, solution formulation, and solution implementation"* (ibid.). Det er derfor nødvendigt for forløbskoordinatoren at samarbejde bredt med henblik på at finde konkrete (lokalt tilpassede) løsninger for hver enkelt

patient, vedkommende er i kontakt med. I tråd med ovenstående hævder Winter og Lehmann Nielsen (2008:112), at løsningen på komplekse problemer ofte skaber nye problemstillinger, som der heller ikke findes entydige svar på. For forløbskoordinatoren betyder dette, at koordinatoren skal vurdere, hvilken tilgang der vil være den bedste for den individuelle borger, og ligeledes hvordan vedkommende kan hjælpes til selv at kunne 'tage teten' (som det lyder fra en forløbskoordinator i fremlæggelsen af tegningen 'Patienten i centrum'). I forhold til samarbejdspartnerne skal forløbskoordinatoren vurdere, hvorledes vedkommende kan opnå et handlerum og medvirke i tværgående relationer og samtidig bevare muligheden for en en til en-relation med hver enkelt borger. Disse vurderinger bringer, hvis man eksempelvis følger Winter og Lehmann Niensens Lipsky-inspirerede tilgang, forløbskoordinatoren i et kontinuerligt krydspres (hvilket jeg ligeledes har beskrevet ovenfor), hvortil der ikke findes entydige løsninger, men hvor hver enkelt situation er udtryk for koordinatorens afvejning og håndtering. Disse afvejninger foretages ud fra forløbskoordinatorens viden, erfaring og værdigrundlag og kan ikke være i tråd med alle interesser blandt samarbejdspartnerne (2008:113-114). Således vil der heller ikke være enighed om, hvordan forløbskoordinatoren skal bevæge sig rundt i modellen, som det er vist i foregående afsnit. Hensigten med koordinatorene har fra Sundhedsstyrelsens side været, at de skal medvirke til tværgående, sammenhængsskabende aktiviteter, men hvorvidt de medvirker til dette, er vanskeligt at afgøre i praksis. Såfremt sammenhængsskabende aktivitet betyder at medvirke i relationer, som går ud over en en til en-relation, er dette vanskeligt for koordinatorene (hvilket jeg har belyst gennem tegningen 'En familie') og heller ikke ønskeligt blandt de adspurgte samarbejdspartnere (hvilket jeg vil belyse nærmere i de følgende afsnit).

Noget af det, der lægger hindringer i vejen for forløbskoordinatoren kunne være disse forhold, som diskuteres nedenfor:

1. Målförvirring i og mellem organisationer

I udgangspunktet ønsker det brede samfund et sundhedsvæsen af så høj en kvalitet som muligt, og Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor forløbskoordinering som sammenhængsskabende mekanisme. I afhandlingen beskæftiger jeg mig med forløbskoordinatorene som en del af denne mekanisme. Sundhedsstyrelsens brede anbefalinger om forløbskoordinering og forløbskoordinatorer er som nævnt taget op af kommuner og sygehuse, men med den konsekvens, at det bliver op til forløbskoordinatorene selv at fastsætte målet for funktionen. I Lipskys terminologi handler dette bl.a. om, at frontmedarbejdere er underlagt tvetydige, vage eller konfliktende forventninger til målet med deres arbejde (2010:27), ikke kun af én, men af flere sundhedsorganisationer. Evans og Harris

supplerer Lipskys pointe og den empiriske pointe, når de skriver: *"the authors of a policy cannot determine the way in which their statements are interpreted. Policy, like any text, is not fully under the control of its authors. The intended content of any document (what the authors mean) is not necessarily the same as its received content (what the document's 'audience' reads"* (2004:886). Konsekvensen af dette er, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger møder en lokal virkelighed med sympatisører (som opretter forløbskoordinatorfunktioner) og modstandere (som fx sætter spørgsmålstegn ved, om forløbskoordinatorfunktioner er en offentlig opgave, hvilket en alment praktiserende læge udtalte på arbejdsseminar 2).

2. Uklare samfundsmæssige krav som bagvedliggende årsag

Hvis man skal følge Lipskys tankegang, kan man pointere, at de ikke-entydige organisatoriske krav til forløbskoordinatoren afspejler uklarheder i befolkningen og samfundet generelt omkring sundhedsvæsenet og velfærdsydelser. Samfundet skal yde den bedste service og opfylde befolkningens behov, men hvor lidt og hvor meget der ligger i dette, er mindre klart. Han fremhæver således, at et tilfredsstillende serviceniveau er socialt defineret, men bestemmes i højere grad af den politiske og administrative top end af patienten (2010:183). Når forløbskoordinatoren og den delestillingsansatte går ind i en en-til-en-relation med patienten og advokerer for dennes position i kontakten med sundhedsvæsenet, kan dette derfor tolkes som en hjælp til at gøre patienten stærkere over for systemet. Evans og Harris gør ligeledes opmærksom på Lipskys pointe: *"agency goals ... they may also be unclear or contradictory because they reflect the contradictory impulses of the society the agency serves"* (Evans & Harris om Lipsky 2004:879). Både borgere og sundhedsorganisationer er relateret til en samfundsmæssig kontekst, således som jeg har skitseret i kapitel 1 samt i dette kapitels modeller for frontmedarbejderes krydspres mellem en borgernær og en organisatorisk virkelighed.

En 'frontløs' medarbejder i det tværgående samarbejde?

Jeg ser to overordnede mønstre i afhandlingens empiri, hvilke jeg vil gå i dybden med i nedenstående afsnit, og som i første omgang handler om forskel i udtryksmåde og dernæst kan forstås som forskel i opfattelse af forløbskoordinatoren i tværsektorielt samarbejde. Som jeg illustrerer i nedenstående oversigt, udtrykker forløbskoordinatorerne og de delestillingsansatte sig i fortællinger, og de har et righoldigt metaforbrug. Hovedparten af samarbejdspartnerne taler derimod koordinatorene ind i en organisatorisk kontekst af

diagrammer og skitser. Dette forstår jeg som to modsatrettede opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde, hvor den første taler forløbskoordinatoren ind i samarbejdet, mens den anden taler koordinatoren ud.

Figur 17. Tolkning af udtryksmåder om forløbskoordinatoren og opfattelser af rolle og funktion

Forløbskoordinator/delestillingsansat	Samarbejdspartner
En fortælling om sammenhold og komplekse relationer ('En familie')	Skitsering af forløbskoordinatoren som en følge hjem-funktion og intern koordinator (forløbskoordinator)
Hjælpe- og udviklingsfortællinger ('Æbletræet')	Skitsering af koordinatoren som ekskluderet fra den traditionelle trekant af kommune-sygehus-almen praksis (usynlig samarbejdspartner, min navngivning)
Dirigentfortælling ('Edderkoppen')	Skitsering af et parallelt projektforsøg, som primært tjener politikernes interesser (udskrivningsmodel på sygehuset)
Hjælpefortælling og en fortælling om at blive modarbejdet ('Vandkanden')	Skitsering af sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning og problematisering af forløbskoordinatorens rolle heri (blæksprutte eller spøgelse, min navngivning)
Fortælling om at se hele patienten	Skitsering, der gengiver Sundhedsstyrelsens tidlige

('Patienten i centrum')	anbefalinger om en forløbskoordinator (patientens GPS)
	Forløbskoordinatoren skal ses med lup i det tværsektorielle samarbejde (den kaotiske kompleksitet, min navngivning)
	Overvejelser om forløbskoordinatoren som 'case manager' eller 'carefunktion' i rehabiliteringen (ischæmisk rehabilitering)

Analysen af empirien peger således på, at der kan være forskellige måder at se på og udtrykke sig om forløbskoordinatorer og delestillingsansatte som frontmedarbejdere, afhængig af om man spørger koordinatorene selv eller deres samarbejdspartnere. Koordinatorerne danner primært front med patienten (borgeren) og anser sig selv for at være en del af patientens forløb (inden for den gruppe af patienter, de har kontakt til). Samarbejdspartnerne ser med andre øjne på spørgsmålet om forløbskoordinatorens rolle og funktion, idet deres indgang er en organisatorisk forståelse af koordinering og samarbejde, som ikke handler om at se hele patienten, at gå i øjenhøjde eller indgå i en til en-relationer med patienten. Det handler derimod om at kunne diskutere overordnede samarbejdsflader og skitserede visioner for det tværgående samarbejde. I denne debat reduceres forløbskoordinatoren til en perifer, utilstrækkelig og økonomisk dyr løsning, såfremt den ikke indskrænkes til meget svage patienter. Forløbskoordinatoren bliver herved, hvad man kunne betegne som 'frontløs' i det bredere tværsektorielle samarbejde, idet koordinatoren – hvilket oversigten bidrager til at tydeliggøre – som hovedtolkning ikke indregnes i den daglige rutine som samarbejdspartner mellem kommune, hospital og almen praksis. Hvis man husker tilbage på dette analysekapitels model over frontpersonalets position mellem et organisatorisk niveau og et borgerniveau, kan pointen i ovenstående tabel i stedet formuleres således, at koordinatorene generelt orienterer sig mod koordinator-borger-relationen, mens samarbejdspartnerne forstår forløbskoordinatorens rolle og funktion ud fra en orientering mod organisation-frontmedarbejder-relationen.

Dette vil jeg hævde, at man kan forklare og forstå ved hjælp af Maynard-Moody og Musheno (2000), der i deres analyse af skønnet ser to analytiske fortællinger: henholdsvis en 'stat-agent-fortælling' og en 'borger-agent-fortælling'. Denne opdeling i to forskellige fortællinger kan bidrage til en bedre forståelse af, hvorfor der i afhandlingens empiriske materiale ses et tydeligt skel i udtryksmåder, som tabellen ovenfor illustrerer. Det lader nemlig til, at samarbejdspartnerne primært taler sig ind i en stat-agent-opfattelse af frontmedarbejdere, mens koordinatorene på den anden side taler sig ind i borger-agent-fortællingen. Dette kan være årsagen til, at der enten dannes front mod koordinatorene, eller at deres mulighed for at danne fronter vanskeliggøres, hvorved de udelukkes fra at deltage i daglige tværgående samarbejdsrelationer. Maynard-Moody og Mushenos pointe i at fremhæve forskellige fortællinger er, at måden, hvorpå man taler om et emne, udtrykker måden, hvorpå man tænker om og agerer i forhold til emnet. Tale bliver på denne måde et magtmiddel (2000:348 med inspiration i Foucault). Frontmedarbejdere ser sig selv som ansvarlige medarbejdere, der agerer på vegne af borgeren i konkrete situationer, men de hævder ikke at bidrage til politikskabelse eller implementering af politik. Om forløbskoordinatorer kan man hævde, at de sandsynligvis er en gruppe medarbejdere, der måske netop tænker på deres arbejde som en implementeringsopgave, idet hovedparten er ansat for projektmidler, som er gået til etablering af en ny funktion. Men alligevel udtrykker de sig ikke med en stat-agent-terminologi.

Stat-agent-fortællingen

Stat-agent-fortællingen har ophav i en politologisk litteraturtradition og forskning inden for offentlig administration. Den bundet i et synspunkt om frontmedarbejderen som statens forlængede arm, der fører politikker ud i virkeligheden. Stat-agent-fortællingen handler om et syn på frontmedarbejderen som en medarbejder, der har en uundværlig skønsmulighed i sin funktion, men som samtidig er interesseret i at vogte sin egeninteresse, og som tolker på de politiske forskrifter på en måde, der truer de reelle politiske hensigter. Maynard-Moody og Musheno kritiserer denne tanke om en trussel for politikudmøntningen, idet de ikke ser frontmedarbejderens aktiviteter som konsekvente og sammenhængende, men nærmere som situationsbestemte (2000:341). Der er snarere tale om, at frontmedarbejderen modificerer forskrifterne ud fra en bestemt indstilling til deres arbejde og position mellem borger og system. Maynard-Moody og Musheno modererer således på dette punkt både Lipskys og senere Brodskins pointe om frontmedarbejderen som politikskabende. Yderligere hævder de, at dette ikke er ensbetydende med, at frontmedarbejdere er uden for kontrol eller nødvendigvis i modstrid med samfundsmæssige holdninger og værdier. Derimod er frontmedarbejdere

opmærksomme på at kontrollere egne kompetencer og professionelle adfærd, de søger hinandens vejledning, og de er påvirkelige over for borgerens indflydelse (2000:342).

Borger-agent-fortællingen

Her over for står borger-agent-fortællingen, som er de svar, man får ved at spørge frontmedarbejderne selv. Frontmedarbejderne fremhæver ikke regler og forskrifter, men beskriver, hvordan de handler ud fra, hvad der giver mening i en situeret praksis. Maynard-Moody og Musheno udtrykker dette på denne måde: *"Rather they describe their decisions as normative, an exercise in moral reasoning rather than rule following or even rule breaking,"* (2000:351) og endvidere: *"They base their decisions on their judgment of the worth of the individual citizen client"* (ibid.:329). På denne måde ser de sig selv som beslutningstagere, men de anser deres handlinger som pragmatiske svar på konkrete behov mere end et spørgsmål om at adlyde mere 'stive' forskrifter. Ifølge Maynard-Moody og Musheno er frontmedarbejdere stolte af deres improvisatoriske, kreative potentiale og pragmatiske indstilling, deres *"street smarts"* (ibid.:354), som giver dem mulighed for at begå sig i positionen (krydspresset) mellem en organisatorisk og en borgernær virkelighed, som jeg før har været inde på i dette analysekapitel. I tråd med Lipsky og Brodskins ståsteder, hvilke jeg har gennemgået, anser Maynard-Moody og Musheno det for nødvendigt at kende til frontmedarbejderes arbejdsform for at forstå den moderne velfærdsstat. Pointen her er, at reformer og politikker får effekt, såfremt de er i overensstemmelse med frontmedarbejderens tro på og værdier om, hvad der er det rigtige i en konkret situation med en borger. På denne måde hævdes frontmedarbejderens indflydelse på relationen til borgeren, samarbejdspartnere og systemet i højere grad at være bygget på uformelle magtbeføjelser i forhold til at beslutte retning for en konkret situation end på en formel autoritet, netop fordi frontmedarbejderen befinder sig i en fremskudt position tættest på borgeren (ibid.:333). På denne måde bliver frontlinjemedarbejderarbejdet karakteriseret ved at være *"ironically, rule saturated but not rule bound"* (Maynard-Moody & Musheno 2000:334). Ifølge Maynard-Moody og Musheno – inspireret af Lipsky – er det derfor væsentligt at undersøge, hvilke moralske standarder frontmedarbejderen arbejder ud fra og derved implementerer i den organisatoriske kontekst (ibid.:351).

Fortællingerne i det empiriske materiale

I borger-agent-fortællingen fremstiller frontmedarbejderen sig selv som havende direkte kontakt til borgeren. Der er ikke tale om et forhold til en abstrakt gruppe, som man anser for ledelsens eller politiske og administrative myndigheds relation til borgeren. Tilsvarende opfatter og opfattes forløbskoordinatorerne som indbegrebet af en til en-kontakt med borgeren. Dette er naturligvis, som også påpeget af Maynard-Moody og Musheno, ikke ensbetydende med en symmetrisk relation, idet borgeren tilknyttes forløbskoordinatoren, fordi vedkommende er særlig sårbar.

Ligeledes påpeger Maynard-Moody og Musheno: *"It is as if the scholars of the state and the workers in the state speak a different language"* (2000:335). Dette kan ses illustreret direkte i figuren ovenfor, hvor koordinatore og samarbejdspartnere bruger forskellige terminologier om det samme arbejde. Koordinatorerne anvender levende fortællinger med et stort metaforbrug, hvilket er nævnt, mens samarbejdspartnerne taler i et 'organisationssprog'. Hvis man følger Maynard-Moody og Musheno, er dette ikke blot en forskel i, hvor langt parterne er fra at have konkret berøring med forløbskoordinatoren, men lige såvel: *"an indicator of contrasting perspectives on the role of the state"* (2000:335). De udtrykker således en forskel i tilgangen til sundhedsvæsenet. Samarbejdspartnerne taler i 'myndighedssprog' ved fx at henvise til sundhedsaftalen og i 'administrationssprog' ved at skitsere den traditionelle trekant mellem kommune, sygehus og almen praksis samt ved at udtrykke sig i diagramstil med kasser og pile. De opererer med en bevidsthed om et sundhedssystem med rammer og regler, mens der i koordinatorenes bevidsthed primært eksisterer brugerbehov, som skal imødekommes så godt som muligt. Organisatorisk tænkning anvendes af koordinatorene (som hovedparten udtrykker sig på arbejdsseminar 1) primært i den udstrækning, det kan gavne patienten og gøre det lettere for koordinatoren at hjælpe. Derfor er det, hvis man skal følge Maynard-Moody og Musheno, heller ikke den organisatoriske forståelse og sprogbrug, man skal tale til, hvis man vil komme frontmedarbejderes institutionelle kultur nærmere (ibid.:347). Frontmedarbejdere er drevet af meningen – på godt og ondt – med de sociale relationer, de indgår i, primært til borgeren. Dernæst er der relationen til andre frontmedarbejdere i og uden for egen organisation, som af forskerne betegnes som forhold oftest præget af gensidig opbakning. Sidst men ikke mindst præges frontmedarbejderes identitet og opfattelse af egen rolle og funktion af deres forhold til et diffust 'system', som de ofte ser sig selv i modsætning til og ikke som en del af. Den analytiske pointe er her, at empirien til afhandlingen peger på, at idet samarbejdspartnerne taler ud fra et stat-agent-perspektiv, mens koordinatorene forstår sig selv ud fra borger-agent-perspektivet, bliver samarbejdspartnerne mere en del af 'systemet' end af forløbskoordinatorernes forståelse af et frontmedarbejderniveau. Dette er Maynard-Moody og Musheno ligeledes inde

på, når de taler om, at frontmedarbejderen er solidarisk med den del af de øvrige frontmedarbejdere, som agerer som borger-agenter (ibid.:353). Her kan man sætte spørgsmålstejn ved, hvorvidt de koordinatore, der ikke 'lukker' sig om sig selv og ligesindede, men kan agere i og anvende organisation-koordinator-relationen (dvs. ikke primært er orienteret mod koordinator-borger-relationen), også er de koordinatore, der overlever som koordinatore på længere sigt? Dette ville være interessant at undersøge, men ligger desværre uden for rammerne af afhandlingens studie.

Spørgsmålet om frontmedarbejderens egeninteresse som motiv for handling, hvilket i stat-agent-fortællingen fremhæves som et negativt element i arbejdet, må der sættes spørgsmålstejn ved ud fra empirien i denne afhandling. Hverken koordinatore eller samarbejdspartnere henviser til, at koordinatorene: "*process rather than engage clients*" (Maynard-Moody & Musheno 2000:339). Tværtimod insisterer koordinatorene på en en til en-relation med borgeren og forholder sig til, hvad man kan forstå som de vanskeligste borgere at håndtere for systemet. Man kan dog argumentere for, at behovet fra koordinators og samarbejdspartners side for at udtrykke forskellige opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion er et tegn på, at der er en udfordring i forhold til en gruppe af særligt svage borgere i sundhedsvæsenet. Ifølge Maynard-Moody og Musheno opstår der forskellige perspektiver i modsatrettede og konfliktfyldte situationer, og herved opstår der flere historier eller versioner af samme historie at fortælle om et emne (ibid.:349). Jeg vil hævde, at deres pointe kan anvendes til at forstå forløbskoordinatoren som den 'modhistorie', der fortælleres, fordi der er konflikt mellem, hvilken service systemet ønsker at yde, og det faktum, at det ikke kan nå alle, hvorved én gruppe – de allersvageste – skal nås på anden vis.

Delkonklusion

Jeg har i dette kapitel taget udgangspunkt i Lipskys udlægning af et frontlinjeperspektiv, men samtidig hævdet, at tre særlige forhold gør sig gældende i min anvendelse af perspektivet til at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion. I nedenstående afrunding af analyseoptikken vil jeg opridse de vigtigste analytiske pointer for hvert af de tre forhold.

Angående det første forhold: Forløbskoordinatoren er en særlig frontmedarbejder

Forløbskoordinatoren har et særligt forhold til advokeringsbegrebet sammenlignet med andre frontmedarbejdere, idet de hævder at have opretholdt en tro på,

at det er muligt at være der for borgeren og således bevare et menneske til menneske-forhold. Det har jeg illustreret i modellen om 'menneskeforholdet'. Dette hænger sammen med en anden analytisk pointe gående på, at forløbskoordinatoren ser sig selv som en 'caregiver', en figur, der af Lipsky hævdes at være ikkeeksisterende. Denne position er mulig for koordinatorene i kraft af deres funktions fleksibilitet og deres orientering mod og evne til at være der for borgeren. Caregiveren tilbyder en positivt motiveret en-til-en-relation til borgeren, hvilket er meningsskabende både for forløbskoordinatoren og for borgeren. Men at der ligeledes er udfordringer i forløbskoordinatorfunktionen, fremhæver jeg i de to sidste forhold.

Angående det andet forhold: Forløbskoordinatoren har flere parter at forholde sig til

Forløbskoordinatoren befinder sig, i modsætning til en Lipsky-forståelse, ikke i et krydspres i et monolitisk system, men skal forholde sig til aktiviteter i patientforløbet forankret i forskellige organisationer. Dette er med til at komplicere koordineringsopgaven for koordinatoren og virker som en forstærker af dennes patientorientering, hvilket jeg eksemplificerede gennem tegningen 'En familie'. Koordinatoren ser ikke sig selv som et direkte bindeled mellem organisationerne som mulig konsekvens af, at vedkommende ikke er blevet placeret i en position, som berettiger til et brugbart handlerum i tværgående samarbejde – herved får koordinatorens individuelle karakteristika stor betydning for muligheden for at agere. Koordinatoren responderer, som det øvrige sundhedsvæsen, på tendenser i samfundet (krav om et bedre sundhedsvæsen, hvor ingen må falde igennem), men er særlig udsat for at blive inddraget i et spil af medspillere og modspillere i kraft af interessemodsætningerne i sundhedsvæsenet.

Angående det tredje forhold: Forløbskoordinatoren regnes ikke med i det tværgående samarbejde

Analysen peger på to opfattelser i datamaterialet af forløbskoordinatorens rolle og funktion: én, der udtrykkes af koordinatorene, og én, der tilhører samarbejdspartnerne. De to opfattelser er karakteriseret af forskelligt sprogbrug og af de forskellige kontekster, der tales ind i. Koordinatorerne taler i fortællinger, som er orienteret mod opfyldelse af patientens behov, mens samarbejdspartnerne er optaget af at forstå koordinatorens rolle og funktion ud fra en organisatorisk, systemisk forståelse. Dette har jeg illustreret i en oversigt over udtryksmåder. Endvidere har jeg argumenteret for, at man kan komme en

forståelse af de to forskellige opfattelser nærmere ved hjælp af Maynard-Moody og Mushenos (2000) skelnen mellem en stat-agent-fortælling og en borger-agent-fortælling. Her viser analysen, at samarbejdspartnerne udtryksmåder er i tråd med stat-agent-fortællingen, mens koordinatorene ser sig selv som borger-agenter. Man kan ligeledes tænke på Brodtkin, som pointerer, at frontmedarbejdere af den etablerede forskning betragtes som velfærdsstatens funktionærer (dvs. i Maynard-Moody & Mushenos optik som stat-agenter): *"From an agents-of-the-state perspective, the question is whether frontline practitioners do what policy tells them they should. But from a street-level approach, the questions are: What do these practitioners do to manage their work lives, and what does that mean for policy as constituted through their informal practices?"* (Brodtkin 2013:22). Således er Brodtkin ligeledes optaget af at forstå Maynard-Moody og Mushenos borger-agent-fortælling, idet hun hævder, at man ikke blot skal fokusere på, hvad frontmedarbejdere *bør* gøre, men – inspireret af Lipsky – også på, hvad de *gør* i praksis (Brodtkin 2013:19-20). Lipsky taler også i 'to fortællinger', idet han nævner forskelle på politikgenerering fra toppen (parallel til stat-agent-perspektivet) og fra bunden af organisationen (parallel til borger-agent-perspektivet), samt at begge tilgange er nødvendige i forståelsen af offentlige organisationer (2010:187).

Det er Maynard-Moody og Mushenos konklusion, at der er tale om en forening af de to perspektiver i frontmedarbejderen, men at dette blot ikke er tydeligt i fortællingerne (2000: 356-357). Brodtkin gør ligeledes opmærksom på samme pointe: *"frontline workers are neither agents who simply do what they are told nor fully autonomous actors who simply do what they want"* (Brodtkin 2013:23).

Man må derfor fremhæve, at forløbskoordinatoren som frontmedarbejder har både styrker og svagheder i sin funktion. Det lader til, at forløbskoordinatoren har en friere, løsere og mere åben funktion end øvrige frontmedarbejdere, hvorved denne har mulighed for at optage en plads som borgerens 'caregiver' i en en-til-en-relation. Til gengæld er koordinatoren hæmmet af sin ringe direkte indflydelse på samarbejdet mellem organisationerne. I tråd med Maynard-Moody og Mushenos pointe (2000:357) mangler koordinatorene anerkendelse fra samarbejdspartnerne af deres betydning og fastlåser sig i en borger-agent-fortælling og relationer primært inden for egen organisation.

KAPITEL 7: ANALYSEOPTIK 2 – KOORDINATORROLLEN I ET INSTITUTIONELT SPÆNDINGSFELT

Dette kapitel ser med teoretiske øjne på de empiriske begreber synlighed og fleksibilitet. Der trækkes på Berger og Luckmanns (1967) teori om roller og typificering, samt Jensen og Sørensen (2003) om roller som formbare. Kapitlet pointerer, at ønsket om synliggørelse og formalisering kombineret med et ønske om fleksibilitet i funktionen, bringer forløbskoordinatorerne i et institutionelt spændingsfelt, der fastholder dem i roller, defineret af samarbejdspartnerne. Med Jensen og Sørensen argumenteres der for, at koordinatorerne bidrager til deres egen rolledannelse begrundet i det kontinuerlige individuelle fortolkningsarbejde, som koordinatorerne må foretage i det komplekse og foranderlige sundhedsvæsen. I kapitlet arbejder jeg således med udgangspunkt i dilemmaet mellem synlighed og fleksibilitet, hvorefter yderligere modsætningspar introduceres: faste og flydende roller; rollehåndtering og rollekonstruktion samt rolletager og rollemager. Men jeg anvender ligeledes Jensen og Sørensen som hjælp til teoretisk at understøtte et argument om at opbløde skarpe skel, idet der kan argumenteres for muligheden for bevægelse mellem yderpoler og muligheden for at vælge en rolle som en modreaktion. Herved bidrager især Jensen og Sørensen med analytiske nuancer til afhandlingens undersøgelse.

Indledning

Jeg vil i dette kapitel lægge endnu en teoretisk linse ned over mit empiriske materiale og her nærme mig en analytisk indsigt i forløbskoordinatorens rolle i det tværsektorielle samarbejde ud fra Berger og Luckmanns forståelse af rolledannelse som en institutionaliseret proces (1967 (1966)). Idet jeg med Berger og Luckmann forstår roller som institutionelle, hævder jeg i dette kapitel, at manglende inddragelse af koordinatorerne ikke er det samme som ikke at blive tildelt en rolle, idet alle medlemmer af et samfund har en rolle – rollen ligger for forløbskoordinatorerne blot ikke i det tværsektorielle samarbejde. Ud over Berger og Luckmann anvender jeg Jensen og Sørensen (2003), som bidrager til analysen ved at supplere det samme perspektiv med nyere viden om individets muligheder og betingelser i en rolledannelsesproces. Jeg strukturerer analysen i følgende problematikker:

For det første er der i det empiriske materiale en problematik om koordinatorrollen som en synlig og formaliseret funktion. Fra forløbskoordinatorens synsvinkel er det væsentligt at opnå synlighed (i form af

eksempelvis formaliteter såsom stillings- og funktionsbeskrivelse, evaluering af indsatsen eller mulighed for opfølgning på eget arbejde samt arbejdet med borgerne), idet synligheden vil legitimere rollen. Det samme synspunkt kan man hævde, eksisterer i samarbejdspartnerne opfattelse, de vil blot legitimere rollen som en intern funktion, dvs. inden for etablerede, velkendte kategorier som 'den erfarne sygeplejerske' og 'den kommunale medarbejder'.

For det andet er der en problematik om koordinatorrollen som en fleksibel funktion, idet forløbskoordinatorerne ønsker synlighed, samtidig med at de har gavn af at kunne agere fleksibelt. På denne måde kan de eksempelvis tilrettelægge kontakt- og fremgangsmåde for forløbet individuelt og ud fra egne særlige kompetencer. Samarbejdspartnerne opfatter fleksibiliteten som mulig, hvis den harmonerer med koordinatorrollen som en intern koordinerende funktion.

Ønsket fra forløbskoordinatorerne om synlighed kombineret med deres opfattelse af funktionen som fleksibel kommer til at udgøre et dilemma i relationen til samarbejdspartnerne og derved en hæmsko for koordinatorernes muligheder for at koordinere. Dette er det tredje punkt. Forløbskoordinatoren agerer i, hvad jeg vil betegne som et institutionelt spændingsfelt, hvori koordinatorrollen i overvejende grad kommer til kort, når det handler om samarbejdsrelationer på tværs af sektorer. Forskelle i forståelse og forventning til koordinatorrollen hos henholdsvis forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere gør, at koordinatorerne mister indflydelse i udmøntningen af deres funktion.

Ønsket om synliggørelse

Empirisk indgang

Spørgsmålet om, hvorvidt forløbskoordinatoren er synlig blandt sine potentielle samarbejdspartnere, er berørt i kapitel fire. Adspurgt handler synlighed for koordinatorerne overordnet om:

- At samarbejdspartnerne ved, at koordinatorfunktionen eksisterer.
- At funktionen er velbeskrevet således, at der er klarhed over, hvilke patienter koordinatorerne kan tage sig af samt, hvordan det skal foregå, når dette vedrører aktiviteter uden for egen sektor eller forvaltning.

At disse udgør en fortsat udfordring, fremgår af en tidligere omtalt ønskeliste, som koordinatorerne på arbejdsseminar 1 blev bedt om at opstille i fællesskab. Listen udtrykker to ting: Den er for det første en oversigt over, hvor

koordinatorerne mener, at deres muligheder for at koordinere særligt kan forbedres. Dette er væsentligt, idet få indtil nu har spurgt forløbskoordinatorerne, hvor det tværsektorielle samarbejde konkret kunne forbedres, og således ladet denne medarbejdergruppe være eksponenter for en udviklingsproces i sundhedsvæsenet. Ønskelisten er for det andet en mulighed for at indfange, hvad koordinatorene ser som det væsentlige i deres koordinatorfunktion. Idet ønskelisten peger på steder, hvor koordinatorene ønsker ændringer eller yderligere fokus, vil den samtidig kunne give en indsigt i, hvad der bør karakterisere koordinatorernes virke i egen og på tværs af sektorer. Denne empiriske indsigt tillægger jeg en teoretisk betydning, idet jeg ser koordinatorernes virke som et parallelt begreb til Berger og Luckmanns rollebegreb, og koordinatorernes ønskeliste bidrager på denne måde til en forståelse af koordinatorrollen i det tværsektorielle samarbejde. Jeg har nedenfor skitseret nogle eksempler på, hvad der ideelt kunne karakterisere forløbskoordinatoren ud fra en ønskesituation om dennes virke. Søjle et er en opstilling af de konkrete ønsker fra koordinatorene, mens søjle to er et udtryk for min kondensering af deres ønsker og omhandler forudsætningerne for ønskernes opfyldelse. Understregningerne er således min forståelse af, hvad der skal til for at tilgodese koordinatorrollens synlighed:

Figur 18. Koordinatorernes forbedringsforslag samt forskerens tolkning af den ideelle koordinatorrolle på baggrund af forslagene.

Koordinatorernes ønskeliste	Den ideelle koordinatorrolle
<i>Direkte telefonnummer tværsektorielt, inklusive de praktiserende læger. Skal lette kommunikationen mellem sygehus, kommuner og almen praksis, idet det er mennesker med kroniske lidelser, som jo ikke slippes nogle af stederne. Særligt sygehuslæger kan for nogle være svære at træffe.</i>	Koordinatoren bevæger sig uhindret rundt i det tværsektorielle landskab, og rollen understøttes af samarbejdspartneres opmærksomhed mod en <u>tværsektoriel kontaktflade</u> .
<i>At den langsigtede indsats prioriteres højt, fx ved at have mulighed for at komme tættere på den politiske dagsorden. Særligt i forhold til en enkelt samarbejdspartner: derfor et ønske</i>	Koordinatoren er en væsentlig figur, som <u>inddrages i den langsigtede indsats</u> og har mulighed for at øve indflydelse på beslutningsprocesser.

<i>om at mindske lægers magt, herunder lægernes tovholderfunktion. Derudover bedre mulighed for foretræde for fx DSU.</i>	Koordinatorens <u>koordinerende funktion</u> anses for sidestillet med alment praktiserende lægers tovholderfunktion.
<i>Mere tid til arbejdet – dels til samarbejdet med kolleger i kommunen om borgeren, dels til borgeren og dels til at tænke strategisk, fx ved at komme på nye idéer uden at behøve at være personrelateret.</i>	Koordinatoren udgør en <u>udviklingsorienteret funktion</u> i det tværgående og tværsektorielle samarbejde.
<i>I en delestilling at have en klar stillingsfunktion med mulighed for selvstændig (tids)tilrettelæggelse.</i> <i>Fastholde forløbskoordinatorens ret til selv at skønne, hvor længe kontakten mellem koordinator og patient bibeholdes.</i>	Koordinatorfunktionen ses som <u>en konkret og fleksibel funktion</u> med vide rammer.
<i>Undervisning via forløbskoordinatoren eller andre samarbejdspartnere i vigtigheden af borgerens oplevelse af sammenhæng i forhold til at kunne komme til at mestre egen situation (har ifølge en forløbskoordinator tidligere været afprøvet uden succes).</i>	At sundhedsvæsenet generelt har et øget fokus på <u>borger-agent-fortællingen</u> , jf. Maynard-Moody og Musheno (2000), anvendt i forrige analysekapitel.
<i>At kommuner kunne overtage al rehabilitering. Kommunal egen sygeplejerske.</i>	Kommunen som en <u>mere magtfuld forankring</u> for koordinatoren.
<i>'Foretræde' på sygehuset som kommunalt ansat med oplysninger om den kommunale rehabilitering.</i>	Koordinatoren som <u>brobygger og budbringer</u> mellem samarbejdspartnere.
<i>Større mulighed for og kompetence til aktindsigt og i forlængelse heraf at have mulighed for at kunne indkalde til møde omkring de</i>	Koordinatoren som <u>borgerens agent</u> i et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor parterne har indarbejdet tværgående funktioner

<i>enkelte borgere på tværs af sektorer, forvaltninger mm.</i>	og niveauer.
--	--------------

I min forståelse taler koordinatorene sig ind i den offentlige retorik om forløbskoordinatoren som det nødvendige kit mellem parterne i sundhedsvæsenet, jf. eksempelvis Sundhedsstyrelsens materiale, som jeg tidligere har redegjort for. Samtidig erkender koordinatorene dog udfordringerne ved at begå sig i det tværsektorielle samarbejde, hvorfor de derfor foretrækker at danne relationer med udgangspunkt i patienten (hvilket jeg ligeledes tidligere har pointeret). Man kan derfor forstå søjle to som forudsætninger for synlighed (og dermed for koordinatorenes mulighed for at kunne koordinere) men samtidig, at der i dette ligger en bevidsthed hos koordinatorene om, at samarbejdspartnerne trækker dem i retning af en internt koordinerende funktion, og de selv går hen imod en patientadvokerende funktion.

Således giver ønskelisten, i min forståelse, koordinatorene anledning til at gøre sig forestillinger om en koordinator med tværsektorielle kompetencer og muligheder. Disse handler om:

- At sundhedsvæsenet har etableret en tværsektoriel kontaktflade og indarbejdet tværgående funktioner, som står mellem 'systemet' og borgeren. Muligheden for at indtage en rolle, hvor det er muligt at koordinere, skal være til stede.
- At parterne anser hinanden for ligeværdige samarbejdspartnere.

Men idet der er tale om et idealiseret billede af samarbejdet, erkender koordinatorene samtidig, at forudsætningerne for ønskerne i overvejende grad ikke er til stede. Forløbskoordinatorfunktionen bliver derfor en funktion, som tilstræbes, og som skal synliggøres for potentielle samarbejdspartnere, fordi synlighed er lig med koordinatorens eksistens. Jeg ser her synlighed i betydningen 'formalisering', med hvilket jeg forstår, at koordinatorfunktionen lettere finder vej ind i det tværsektorielle samarbejde ved at blive bragt på 'formel'. Dette kan forstås teoretisk, hvorfor jeg i det følgende afsnit vil inddrage Berger og Luckmanns (1967) samfundsteori og rollebegreb. De udlægger en sammenhæng mellem roller og typificering og hævder, at alle individer udgør en type i det sociale. Mit argument i dette analysekapitel vil i forlængelse heraf være, at koordinatorene skal indtage en rolle for at kunne placere sig i det tværsektorielle setup. Der er således krav fra samarbejdspartnerne om en for kollektivet genkendelig typificeringsproces.

Berger og Luckmanns samfundsforståelse

Ifølge Berger og Luckmann (1967) skaber det enkelte individ dets relation til andre individer gennem samfundet, men samfundet påvirker samtidig individet. Der er således tale om, at mennesket eksisterer i kraft af sit dialektiske forhold til samfundet, men også at de menneskeskabte samfundsinstitutioner udvikles og forandres over tid (Jerlang 2009:78).

Individet i det sociale

Berger og Luckmann er optagede af at sammenkæde en sociologi om viden med en socialkonstruktivistisk opfattelse af virkeligheden. De anser virkeligheden for socialt konstrueret, hvilket vil sige, at de ser mennesket som medskaber af samfundsinstitutionerne. Enkelte ting ligger dog forud for samfundet og er ikke en del af denne udvikling; kroppens fysiologi er eksempelvis ikke menneskeskabt, men en del af naturen. Men hvordan vi ser på kroppen, og på det, vi spiser etc., er en del af samfundskulturen. De udtrykker forholdet mellem menneskets aktivitet og samfundets fakticitet således: *"Society does indeed possess objective facticity. And society is indeed built up by activity that expresses subjective meaning. Derefter: "How is it possible that subjective meanings become objective facticities?"* (1967:30). Menneskelig handling skaber så at sige virkeligheden, som vi forstår den, og det er således karakteristisk for samfundsfænomener, at de er foranderlige, men bestående. Det sociale menneske ved, at fænomenerne eksisterer, og besidder en viden om deres indhold. I hvert samfund er der fænomener (institutioner), som optræder som givne for medlemmer af dette samfund. Men det betyder samtidig, at de samme fænomener ikke nødvendigvis giver mening i andre samfund, samt at der inden for det samme samfund kan være fænomener, som giver mere mening for nogle medlemmer end for andre. Det er dog således, at vi ikke normalt sætter spørgsmålstegn ved den virkelighed, vi er en del af, eller ved den viden, vi har om virkeligheden. Kun når der opstår et problem, eller vi møder andre mennesker, som undrer sig over samfundsfænomenerne, kan dette rejse spørgsmål. Størstedelen af tiden lever vi i det givne samfund, uden at disse spørgsmål opstår. For Berger og Luckmann består den sociologiske interesse i, at virkeligheden og vores viden om den er relative begreber; de ser således på, at der er forskel på den måde, mennesker betragter den verden, de lever i. Men samtidig er de optagede af, hvordan én samfundsopfattelse (dvs. viden om samfundet og menneskers måder at agere over for hinanden) kan etablere sig som dominerende. På denne måde forbinder de en sociologi om viden med en socialkonstruktivistisk betragtningsmåde. Som forskere tager de afstand fra at undersøge individet i samfundet ud fra teoretiske betragtninger, i stedet vil de udforske menneskers egne opfattelser af, hvad der er virkeligt for dem i deres liv, og hvad mennesker tager for givet om deres liv. De formulerer dette således: *"It*

is precisely this 'knowledge' that constitutes the fabric of meanings without which no society could exist" (Berger & Luckmann 1967:27).

Som nævnt står det menneskelige selv i forhold til kroppen: *"man is a body, in the same way that this may be said of every other animal organism. On the other hand, man has a body"* (Berger & Luckmann 1967:68). Samtidig står mennesket som individ i forhold til det sociale: *"it is impossible for man in isolation to produce a human environment. Solitary human being is being on the animal level"* (ibid.:69). Samfundet udvikler sig således i kraft af menneskets relationer til andre, og disse relationer kommer til at udgøre en ordnet og stabil virkelighed for individet at agere imodsatning til den: *"inherent human instability of the human organism"* (ibid.:70). Berger og Luckmanns begreb om hverdagslivet henviser derfor til individets forståelse af sig selv som en del af en bestemt samfundsstruktur, en *"ordered reality"*, som tages for givet, vanskeligt ignoreres eller svækkes, og som er arrangeret i bestemte mønstre forud for det enkelte individ (ibid.:35).

Med Berger og Luckmanns teoretiske linse på empirien og i tilknytning hertil en godtagelse af sundhedsvæsenet som en repræsentation på en samfundsstruktur, kan man argumentere for, at forløbskoordinatoren forstår sundhedsvæsenets socialitet eller virkelighedsorden som normal og selvindlysende: med Berger og Luckmanns ord udgør det koordinatorens *"natural attitude"* (1967:35). Samtidig kan man dog, med eksempelvis figur 18 fra dette kapitals begyndelse eller med forrige kapitals hovedpointer hævde, at dette kun er tilfældet et stykke ad vejen. Der er på den ene side tale om, at koordinatorene alle har en sundhedsprofessionel baggrund, dvs. at de er erfarne sygeplejersker, som kender både sygeplejen og organisationen. De har, som øvrige ansatte i sundhedsvæsenet, brug for 'en ordnet virkelighed', som inkluderer synlighed omkring deres funktion (dvs. kendskab til funktionen og klarhed over opgaver). Men de er på den anden side karakteriseret ved at besidde en erkendelse af, at deres rolle ligger et stykke ude i fremtiden, forstået på den måde, at de ser bestemte tværsektorielle forudsætninger betinge deres formåen og muligheder. Jeg tydeliggjorde i figur 18, at koordinatorene stadig ser, at de har til gode at blive betragtet som ligeværdige samarbejdspartnere på linje med fx den alment praktiserende læges rolle som tovholder og ydermere af parterne at blive set som en del af sundhedsvæsenet, der står mellem 'systemet' og borgeren, og som agerer på baggrund af en tværsektoriel kontakthflade. Som de ser sig selv i deres nuværende situation, vil de være mere orienteret mod en borger-agent-fortælling end mod en stat-agent-fortælling, som man ellers kan argumentere for karakteriserer det etablerede sundhedsvæsens virkelighedsopfattelse, jf. sidste kapitals analytiske pointe.

Der er yderligere en pointe, som skal fremhæves i relation til forløbskoordinatoren som en del af sundhedsvæsenets virkelighedsopfattelse.

Ifølge Berger og Luckmann er hverdagslivet en delt begivenhed, men koordinatoren har en udfordring i forhold til at have tværsektorielle samarbejdspartnere at dele arbejdet og dermed også virkelighedsopfattelse med. Berger og Luckmann beskriver, hvorledes: *"The most important experience of others takes place in the face-to-face situation"* (1967:43), men i tilknytning hertil kan man hævde at, kun få af samarbejdspartnere på arbejdsseminar 2 havde 'face to face-relationer' med forløbskoordinatorer. Dette uanset, at koordinatorene selv havde udpeget enten de konkrete personer eller deres afdelinger eller forvaltninger som værende nogle af deres tætteste samarbejdspartnere. Med Berger og Luckmann (1967:44) kan man argumentere for, at det netop er fordi samarbejdspartnere ikke har disse 'face to face-møder' med koordinatorene, at parterne ikke kommer til at dele virkelighedsopfattelse (jeg forstår her virkelighedsopfattelse som måden at opfatte sundhedsvæsenet og sin ageren heri på). I 'face to face-møder' bringes parterne tæt på hinanden, og Berger og Luckmann betegner dette som en mere lukket form for social relation. Hvis vi skal tage en pointe op fra sidste analysekapitel, kunne manglen på 'face to face-relationer' være en parallel begrundelse for, hvorfor samarbejdspartnere ikke anser forløbskoordinatoren som en partner, man skal regne med i den daglige rutine. På denne måde er det uundgåeligt, at både koordinatore og samarbejdspartnere bekræfter de generaliserede typificeringer, som Berger og Luckmann betegner 'typificerende skemaer', og som mennesker har om hinanden. I 'face to face-møder' forhandles disse skemaer til nye – og mere anvendelige – indtryk, men dette sker i mindre grad jo længere væk fra hinanden, man er, og jo mere anonym relationen er (ibid.:45-48).

I 'face to face-relationer' ser og tolker det ene menneske et udtryk eller en handling fra et andet menneske. Udtrykket eller handlingen betragter Berger og Luckmann som et tegn, en objektivisering af afsenderens subjektivitet. Ydermere ser de sproget som et system af tegn og som en indikation på en virkelighedsopfattelse: *"I encounter language as a facticity external to myself and it is coercive in its effect on me. Language forces me into its patterns"* (1967:53). Sproget hjælper derved mennesket til at kategorisere erfaring, så andre mennesker også kan genkende og finde mening i den. Sproget favner virkeligheden og hjælper os til at forstå den. Men det hjælper os ikke til at favne hele virkeligheden, idet vi ikke danner erfaringer om alt virkeligt. Man kunne derfor i relation til empirien hævde, at en del af sundhedsvæsenet ikke erfares. Dette er en væsentlig pointe og skal forstås således, at ingen part i sundhedsvæsenet er i stand til at erfare hele væsenet, og at hver part erfarer forskellige dele af sundhedsvæsenet. Berger og Luckmann beskriver dette ved, at der altid vil være ting, som foregår bag ryggen på den erfarende, og de skriver yderligere: *"My knowledge of everyday life has the quality of an instrument that cuts a path through a forest and, as it does so, projects a narrow cone of light on what lies just ahead and immediately around: on all sides of the path there continues to be darkness"* (1967:59). Med dette mener de, at ikke al viden anses

for relevant at erfare, og det bliver derfor ikke en del af virkelighedsopfattelsen hos hverken den erfarende eller de personer, erfaringen deles med. Ligesom jeg i sidste kapitel valgte at se på koordinatore og samarbejdspartnere ud fra en analytisk opdeling i to forskellige fortællinger om sundhedsvæsenet, kan man med Berger og Luckmann forstå denne opdeling i relevant og irrelevant viden ved, at individer (forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere) lever i 'subuniverser' i verden (sundhedsvæsenet) med hver sin "*body of meanings*" (1967:159). Koordinatorerne i afhandlingens empiri har en bestemt måde at forstå sig selv på og et bestemt sprogbrug til at beskrive, hvad de anser som deres rolle og funktion i patientforløbet. I det empiriske eksempel fra begyndelsen af sidste kapitel ser en koordinator sig selv som en sundhedsprofessionel, der skal nå både 'hjerne og hjerte' på patienten, og som skal få patienten til selv at kunne 'tage teten' i forhold til systemet. Ligeledes fremgår det i samme kapitel, at koordinatorene ser sig selv som en gruppe sundhedsprofessionelle med den bedste mulighed for at opretholde det, jeg betegnede som 'menneskeforholdet'. I illustrationen af menneskeforholdet fremgår koordinatorenes metaforiske sprogbrug, hvormed de beskriver deres tilgang til arbejdet; 'det store hjerte banker for de små hjerter', 'vi skal hjælpe dem' og 'få patienten op af skraldespanden'. En koordinator er således en person, der er der for patienten, og som gør sit til at understøtte patienten i dennes forløb. På den måde hænger selvforståelse og sprogbrug sammen, og koordinatorene kan identificere sig med hinanden. De kan samtidig adskille sig fra deres potentielle samarbejdspartnere, der udadtil er mere organisatorisk orienteret og benytter sig af et organisatorisk sprog i deres fremstillinger (hvilket jeg argumenterede for i sidste analysekapitel).

Vaner

I Berger og Luckmanns arbejde optræder begrebet rutinisering, hvilket jeg tolker som en 'vanliggørelse' af menneskelige aktiviteter. Det er et menneskeligt vilkår, at vi søger at sætte vores adfærd over for hinanden i system, således at noget kan 'køre på rutinen' og ikke kræver genovervejelse, hver gang vi står i samme situation. Dette hjælper os til at tage virkeligheden, som vi opfatter den, for givet. Alligevel kan vi blive konfronteret med ukendte fænomener, som vi ikke har viden om og derved ikke en rutinemæssig adfærd over for. Berger og Luckmann nævner et eksempel med en mekaniker, som er specialiseret i at reparere gamle amerikanske biler, men så en dag konfronteres med udfordringen i at reparere en Volkswagen. Denne udfordring imødegår han ved hjælp af sin professionalisme, og derved integreres dette vanebrud i hans eksisterende virkelighedsopfattelse. Men der kan ligeledes være situationer, hvor dette andet udfordrer individet til overvejelser over, i hvor høj grad man vil lade sin forståelse af virkeligheden påvirke, og Berger og Luckmann beskriver disse

situationer således: *"It will deal with it, though, as a problem, rather than simply reintegrating it into the unproblematic sector of everyday life"* (1967:38). Man kan betragte forløbskoordinatorenes indtræden på sundhedsvæsenets 'scene' som et sådant problem for samarbejdspartnerne, idet koordinatorene udfordrer samarbejdspartneres rutinemæssige adfærd og på denne måde forstyrrer den etablerede virkelighedsforståelse. Koordinatorerne ønsker at blive en del af den rutinemæssige adfærd (jeg har omtalt behovet for synlighed), men samtidig kommer de til at udfordre den. Ved at inddrage koordinatore i det tværsektorielle samarbejde vil samarbejdspartnerne ikke længere kunne bevare status quo i relationerne, og koordinatorene vil derved kunne komme til at skubbe til en vanetænkning. Ud fra et koordinatorsynspunkt vil dette overvejende være en udvikling i en positiv retning (se figur 18 tidligere i dette kapitel omhandlende koordinatorenes ønsker til deres fremtidige rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde). Samarbejdspartneres syn på forandring vil derimod i højere grad lægge sig op ad Berger og Luckmanns (1967:71) pointe om vanetænkningen som en kilde til at opnå frigørelse og fornyelse, idet samarbejdspartnerne i overvejende grad ønsker hjælp til at gøre 'mere af det samme'. Dette skal jeg vende tilbage til senere i analysekapitlet.

Følger man Berger og Luckmanns tanker legitimeres vaner eller institutionaliseringen af individerne på baggrund af bestemte værdier for samfundet (1967:111). Koordinatorer og samarbejdspartnere ønsker begge at give patienten det bedste forløb med deres kroniske sygdom, men man kunne hævde, at det er på baggrund af forskellige værdier for sundhedsvæsenet, at man er uenige om nogle af de væsentligste veje til at nå målet. Samarbejdspartnerne taler ud fra en systemtænkning, hvor de orienterer sig mod organisatoriske problemstillinger for sektorerne, når de skal arbejde på tværs. Hovedparten beskriver, som skrevet, sundhedsvæsenet i diagrammer, kasser og skemaer, hvorimod koordinatorene orienterer sig mod et individniveau og mennesket 'bag patientbetegnelsen'. Dette afspejler ligeledes en viden om sundhed, sygdom etc., som skal danne baggrund for og dermed legitimere værdierne, men det er blot forskellig viden, som henholdsvis koordinatore og samarbejdspartnere fremhæver. Man kunne hævde, at koordinatorene er de, der mest tydeligt fremhæver værdien af at bibeholde fokus på patienten og se sig selv i relation til patienten.

Med Berger og Luckmanns teoretiske linse på min empiri kunne man dog ydermere hævde, at forløbskoordinatorene ikke er en "korrekt" indretning, der er legitimeret ud fra *"(the) nature of things"* (1967:117) i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet er inddelt i sektorer, afdelinger, professioner etc., men kun i meget begrænset omfang ud fra tværgående funktioner. Koordinatorerne i undersøgelsen er dog alle sygeplejersker, og herved passer de alligevel ind i en for sundhedsvæsenets parter velkendt kategori, og man kan tilnærme en "korrekt" indretning af væsenet. På arbejdsseminaret for samarbejdspartnere

hørte jeg da også ofte betegnelsen 'den erfarne sygeplejerske' om forløbskoordinatoren, hvilket jeg tolker som en vis legitimering af koordinatorens tilstedeværelse i det tværsektorielle miljø, fordi vedkommende derved har opnået kendskab til det eksisterende organisatoriske system og til en vis grad har del i samme virkelighedsopfattelse. Husker vi på figur 18 i begyndelsen af dette kapitel med koordinatorens ønsker for et fremtidigt sundhedsvæsen, kan man dog argumentere for, at det dog netop er, fordi koordinatorene er erfarne, at de kender til de mangler og udfordringer, der ligger i en tværgående koordinatorfunktion på nuværende tidspunkt. Det kunne ligeledes være deres rod i det etablerede sundhedsvæsens orden, som gør, at de vælger at lægge vægt på omsorgsdelen i deres praksis, hvilket er en kernesygeplejekompetence. I tilknytning hertil kunne man anse samarbejdspartnerne for at være "*sheltering canopies over the institutional order*" (Berger & Luckmann 1967:120), idet de er repræsentationer af deres respektive sektorer, professioner, ledelsesmæssige beføjelser etc. og samtidig repræsenterer sundhedsvæsenet generelt. I Berger og Luckmanns terminologi er de i stand til at afgrænse 'den sociale realitet' og på denne måde være indikerende for, om noget er indeholdt i eller udelukket fra den institutionelle orden (dvs. sundhedsvæsenet og den organisatoriske sammenhæng, hvori samarbejdspartnerne har deres daglige rutiner). Men med Berger og Luckmann kan man dog ligeledes argumentere for, at ingen orden kan tages for givet (ibid.:123-124), heller ikke den, hvor nye funktioner *ikke* dukker op. Der er derimod behov for en legitimering.

Social konflikt

Jeg har diskuteret vaner, rutiner og legitimering af adfærd og virkelighedsopfattelse ud fra empirien i denne afhandling. Men idet ingen orden kan tages for givet, som skrevet ovenfor, kan der ligeledes opstå, hvad Berger og Luckmann betegner som sociale konflikter om, hvilken legitimering der 'vinder' (1967:135). Sociale konflikter kan opstå, når der er behov for legitimering af to gruppers virkelighedsopfattelser. Berger og Luckmann nævner forskellige typer af sociale konflikter, hvoraf jeg ser den mellem to forskellige grupper af eksperter som den mest anvendelige på mit materiale. Værdien af eksperterne i hver gruppe findes gennem deres betydning for den gruppe, de repræsenterer, og således bliver det et pragmatisk spørgsmål, om man kan opfylde den specifikke gruppes interesser (ibid.:136-138). Jeg ser her en parallel til sidste kapitels pointe om, at der eksisterer to fortællinger i mit empiriske materiale, idet samarbejdspartnerne herved bliver eksperter i en stat-agent-gruppe, mens forløbskoordinatorene bliver det for borger-agent-gruppen. Den overvejende uenighed mellem samarbejdspartnerne og koordinatorene omkring koordinatorens rolle og funktion i tværsektorielle relationer kan man således med

Maynard-Moody og Musheno (2000) samt Berger og Luckmann se som en social konflikt mellem to ekspertgrupper, som hver repræsenterer perspektiver på et vellykket patientforløb. Man kan hævde, at forløbskoordinatorerne har brug for at blive eksperter, i betydningen at skille sig ud og blive synlige, men dette vil medføre en konflikt med potentielle samarbejdspartnere, som i overvejende grad hævder at være eksperter på virkeligheden i det etablerede sundhedsvæsen. Konfliktpotentialer kan fx illustreres ved forskellen på ønskelisterne fra henholdsvis koordinatorene og samarbejdspartnere, hvilket jeg skal komme tilbage til i sidste del af dette analysekapitel.

Roller

I lyset af, hvad jeg indtil videre har skrevet i dette analysekapitel, vil jeg i det følgende diskutere, hvorvidt der ud fra empirien og ved hjælp af Berger og Luckmanns teoretiske linse findes "*a socially taken-for-granted course*" (1967:90) for en forløbskoordinator. Ud fra Berger og Luckmanns samfundsteori vil jeg hævde, at det er nødvendigt for forløbskoordinatoren at søge en sådan kurs for derved at opnå synlighed blandt sundhedsvæsenets parter. Ifølge Berger og Luckmann består samfundet af en institutionel orden, som opretholdes, ved at individer typificerer egne og andres handlinger. Typificering bliver derfor central for forståelsen af roller og rolledannelse, ikke nødvendigvis som typificering af enkelthandlinger, men oftere som en kategorisering af forskellige *former* for handling: "*there will be the recognition not only of a particular actor performing an action of type X, but of type X-action as being performable by any actor to whom the relevance structure in question can be plausibly imputed*" (1967:89-90). I Berger og Luckmanns forståelse af rollebegrebet eksisterer der således for hver rolle nogle objektive og alment udbredte handleformer, som er tilbagevendende og genkendelige for alle aktører af denne type.

Det har betydning for forløbskoordinatorens forståelse af egen rolle og funktion, at der er tilskrevet en objektiv og socialt defineret mening med dennes handlinger. Koordinatoren skal kunne se sig selv som en medarbejder, der udfører koordinerende handlinger og derfor komme til at betragte sig selv som koordinator. Men dette kan kun foregå i kraft af, at der eksisterer "*socially available typifications*" (Berger & Luckmann 1967:91), hvoraf en er forløbskoordinatorrollen, og hvorvidt denne rolle er til rådighed som social typifikation, er et væsentligt spørgsmål. Figur 18 med koordinatorenes ønsker for forbedring af deres muligheder for at agere koordinerende i tværsektorielt samarbejde (se begyndelsen af dette analysekapitel) tydeliggør, at koordinatorene i overvejende grad mangler oplevelsen af at have et "*truly 'social self'*" (1967:91) i disse relationer. I Berger og Luckmanns optik vil dette kun ske på baggrund af en ydre kategorisering og social genkendelighed, idet de forskellige roller af flertallet af aktører må være kendt som specifikke typer. De

betegner dette som en institutionaliseret adfærd. Til den institutionaliserede adfærd knytter sig fælles standarder for rolleperformance, dvs. dels en fælles viden om et specifikt rolleindhold, dels en fælles bevidsthed om det velkendte i denne viden. Dette danner basis for en verifikation af den enkelte rolleindehavers handlinger og fungerer samtidig som det sociales kontrol over rolleindehaveren. Det er en væsentlig pointe i Berger og Luckmanns rolleforståelse, at institutioner ikke kan eksistere uden roller og typificering af roller, og derfor vil der heller ikke i sundhedsvæsenet være forløbskoordinatorer, som falder uden for en rolle, eller som ikke forventes at handle ud fra en rolle. Men som det netop var pointen i tabellen, der illustrerer koordinatorernes syn på det ideelle sundhedsvæsen, står koordinatorerne i høj grad uden for det tværsektorielle samarbejde, hvorved de må se funktionen placeret et andet sted.

I Berger og Luckmanns udlægning af rollebegrebet er det ligeledes væsentligt, at de forskellige roller har karakter af mediatorer for delmængder af den samlede viden: noget viden vil rollerne dele på tværs, men en stadig stigende del vil være rollespecifik viden, dvs. for specialister inden for et område. Typologien af specialister skal være velkendt: *“While the specialists are defined as individuals who know their specialities, everyone must know who the specialists are in case their specialities are needed”* (Berger & Luckmann 1967:95). Hvis man ser forløbskoordinatoren som ekspert (specialist) på sit område, hvilket jeg har gjort tidligere i dette analysekapitel, følger det, at denne rolle er kendt i sundhedsvæsenet for de brugere eller medarbejdere, som måtte have brug for en koordinator. Omvendt må det derfor ligeledes gælde, at hvis tilfældet er, at forløbskoordinatoren ikke er kendt i sundhedsvæsenet, og der derfor ikke er anledning til at danne relationer, vil der heller ikke være anledning til typificeringsprocesser og rolledannelse. Derved bliver koordinatorrollen en flyvsk konstruktion.

Koordinatorrollen som en fleksibel funktion

Empirisk indgang

Jeg har i første del af dette analysekapitel beskæftiget mig med forløbskoordinatorernes ønsker om at blive ’bragt på formel’ og opnå en mere synlig placering i det tværsektorielle samarbejde. Dette udtrykte de eksempelvis gennem deres ønsker til en fremtidig forløbskoordinerende funktion i sundhedsvæsenet. I det kommende afsnit vil jeg se på, at koordinatorerne sideløbende med en formalisering af koordinatorrollen ønsker at bevare en fleksibilitet i deres funktion, således at eksempelvis en betydelig variation i anvendelsen af kompetencer opretholdes, fx:

- Erfaring med psykiatribrugere
- Særlig viden om specifikke kommunale tilbud i én kommune
- Anden tillægsuddannelse, fx coachuddannelse
- Anvendelse af sygeplejefaglighed i større eller mindre grad
- Netværksevner
- Vejlednings- og undervisningserfaring

I deres tegninger og fremlæggelser heraf ses, hvor forskelligt koordinatorene griber deres funktion an (men ikke hvor forskelligt de ser på koordinatorfunktionen; her er de alle sammen først og fremmest patientorienterede, jf. forrige analysekapitel), og variationen lader til at være det, der bærer funktionen oppe. Jeg anvendte i sidste afsnit Berger og Luckmanns samfundsteori til at vise, hvor vigtigt det er for koordinatorene at blive synlige, idet min empiriske pointe var, at det ikke er muligt at opretholde en funktion som tværsektoriel koordinator, med mindre man besidder en synlig plads blandt de potentielle samarbejdspartnere. I Berger og Luckmanns terminologi hedder dette, at alle indgår i typificeringsprocesser, også koordinatorene. Det er ikke muligt at stå uden for det sociale, og derfor er det heller ikke muligt ikke at indtage en rolle. Det er dog blot ikke altid en ønsket rolle, man ender med at besidde. Derfor er den tværsektorielle koordineringsdel vanskelig for koordinatorene, idet samarbejdspartnerne primært ser dem som agerende inden for egen sektor. I det følgende afsnit vil jeg tage et andet empirisk udgangspunkt, nemlig at koordinatoren udfylder sin rolle med en grad af fleksibilitet. Her vil jeg ikke anvende Burger og Luckmann, men i stedet teoretikere, der tilslutter sig dem og samtidig lægger større vægt på roller som formbare, også af det enkelte individ. Denne teoretiske position er vigtig i relation til min undersøgelse, fordi den kan være med til at understøtte, at der i rolledannelsesprocessen også kan være mulighed for, at forløbskoordinatoren medvirker, og herved bidrager Jensen og Sørensen (2003) til yderligere indsigt i forløbskoordinatorens rolle og funktion.

Jeg vil dog tage et forbehold i min anvendelse af Jensen og Sørensens arbejde. Hvor Jensen og Sørensen fokuserer på etablerede roller, tager jeg udgangspunkt i en rolle (koordinatorens), der introduceres, udvikles og samspiller med etablerede roller (potentielle samarbejdspartneres rolle). Ligeledes beskæftiger de sig med reformer og organisationsændringer, hvilket ikke er det direkte fokus i min undersøgelse; men idet jeg betragter introduktionen af koordinatorfunktioner og det efterfølgende samspil med etablerede funktioner som institutionelle ændringer, ligger disse to fokusområder ikke langt fra hinanden. Derfor har jeg også bibeholdt Jensen og Sørensens fokus i mine redegørelser for deres arbejde. Ydermere handler deres undersøgelse om aktører i det politiske system, men alligevel er deres begrebsapparat anvendelig i min analyse, idet jeg ser deres analyse som et generelt bud på en model for analyse af roller og rolledannelse i en institutionel kontekst.

Jensen og Sørensen om rollebegrebet – roller som formbare

Rollefortolkning

Jensen og Sørensen arbejder som Berger og Luckmann med rollebegrebet ud fra en forståelse af rolledannelse som udtryk for et dialektisk forhold mellem individet og det sociale. Ifølge Jensen og Sørensen belyser analyse af roller på en fin måde sammenhængen mellem et makro- og et mikroniveau i samfundet, idet rolledannelsesprocessen viser, hvorledes samfundsdiskurser og organisatoriske rammevilkår manifesteres i bevidstheden på det enkelte individ. De siger ligeledes, at på trods af at samfundet og det organisatoriske felt sætter rammer for individets forståelse af meningsfuld og passende adfærd, determinerer samfundet ikke individets fortolkning af egen rolle eller handlemønstre. For ingen rolle gælder der nemlig en regel for hver enkelt situation, derimod foregår der, ifølge Jensen og Sørensen: *"hele tiden et fortolkningsarbejde for at give rollen mening i den konkrete handlingssituation. Det skyldes, at hverken det institutionelle meningsunivers eller de rolletilbud, som det indeholder, er fuldstændige eller uden interne modsætninger"* (2003:25).

Det er denne komplekse og foranderlige virkelighed, som forløbskoordinatoren skal agere i, idet vedkommende som rolleindehaver er: *"henvist til selv at udvikle regelsæt, som refererer til rollen"* (Jensen & Sørensen 2003:26). Her kunne man antage, at forfatterne er på linje med eksempelvis Lipsky, som jeg anvendte i sidste analysekapitel, idet de hævder, at ufuldstændigheden fører til udvikling af egne regelsæt (uformelle rutiner) for organisering og prioritering i relationer (på 'street level-niveau'). Pointen er derfor, at nok er rollen bestemmende for koordinatorens meningsunivers og adfærd, men ufuldstændigheden gør samtidig, at der hele tiden er en omformningsproces i gang i kraft af fortolkningsarbejdet. Ud over rollens ufuldstændige karakter taler Jensen og Sørensen ligeledes om interne modsætninger i regler for passende adfærd, og her er de på linje med den 'udvidede Lipsky-model', som jeg ligeledes omtalte i sidste kapitel, idet koordinatorene med tværgående funktioner i høj grad udsættes for en mangfoldighed af meningsfragmenter, når de bevæger sig i et komplekst organisatorisk felt, hvor et særligt krydspres gør sig gældende. Hvorvidt det er muligt at navigere mellem forskelligartede interesser og krav, afhænger både af koordinatorene selv og af de rammer, de får stillet til rådighed. Jensen og Sørensen hævder, at rolleindehaveren oftest lever uproblematisk med modsætningerne og er i stand til at håndtere divergerende rollekrav. Primært fordi man fokuserer på de regler, man er mest fortrolig med, og på den måde finder aktørerne egne veje i det institutionelle liv. Desuden hævdes det at være situationsbestemt, hvornår hvilke regler tages i anvendelse, hvorved konkurrerende rolleforestillinger kan eksistere sideløbende med hinanden.

Præcis fordi ingen valg af regelanvendelse er identiske i hver enkelt konkret situation, sker der en gradvis ændring af rollen. Nogle regler anvendes oftere end andre, hvormed de mindst anvendte vil glide i baggrunden. Forskellige aspekter kan, som nævnt, ligeledes vægtes forskelligt afhængig af konteksten og bringes i anvendelse afhængig af situationen (Jensen & Sørensen 2003:27). I denne indsigt ligger en forståelse af, at roller besidder et iboende potentiale til at forandre det organisatoriske felt, som de er en del af. Rollen har således en emergerende karakter, som videregives til den institutionelle sammenhæng, og som i interaktionen kan medvirke til forandring. Nogle faktorer i rolleindehaverens kontekst kan skubbe til denne udvikling og forstærke dens hastighed, hvilket fx gælder ved reformer og andre nye politiske initiativer. Disse rykker ved strukturerne i organisationerne og forårsager ændringer i rolleindehaverens selvforståelse (af Jensen og Sørensen betegnet 'identitet'), idet der på ny ikke er fasttømrede regler for passende adfærd. Hvis fx den formelle, institutionelle rolle ikke 'følger med' individets nye forståelse af egen rolle, kan der opstå en splittelse, som får individet til at flytte sig fra at være rolletager til at blive rollemager (ibid.:30). Drivkræften til at forandre en rolle kan ligeledes bestå i, at etablerede rollepositioner udfordres af nytilkomne professioner, idet nye grænser og rolleforståelser herefter må etableres.

Flydende, uklare og diffuse roller

Forholdet mellem rollens karakter og individets selvforståelse som rolleindehaver betinger, hvor stor en indflydelse organisationsændringer får på rolleindholdet og rolledannelsen. Jo mere fast form en rolle har, og jo mere afgrænset og stabil den er, jo sværere er den at udfordre, og jo mere vil den fortrænge en flydende identitet. Såfremt både rolle og identitet er faste, etablerede størrelser, handler det om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem rolleindhold og selvforståelse. Stor overensstemmelse giver ikke anledning til en konfliktfyldt situation, mens stor uoverensstemmelse øger risikoen for en uholdbar situation for både organisation og rolleindehaver. Dernæst er der de situationer, hvor fx organisationsforandringer gør rollens position mere usikker, og jo større mulighed vil den individuelle aktør have for at agere rollemager. Forestiller man sig, at der hverken eksisterer faste rolleforestillinger eller identitetsforestillinger, opstår en fjerde situation, hvor der er: *"tale om en patologisk tilstand, hvor alle døre står åbne, og meningsfuld orientering er vanskelig. I et sådant univers er meningsstrukturerne så vage, at social orientering er umulig"* (Jensen & Sørensen 2003:31).

Af citatet fremgår, at det kan være problematisk at institutionalisere flydende rolleforestillinger. Aktøren mødes af en diffus rollemanual og oplever måske at have svært ved at afdække, hvad vedkommende skal give organisationen, fordi han eller hun er underlagt diffuse krav til eget virke. Spørgsmålet er, hvordan engagement og kreativitet opretholdes i en situation, der har karakter af at være

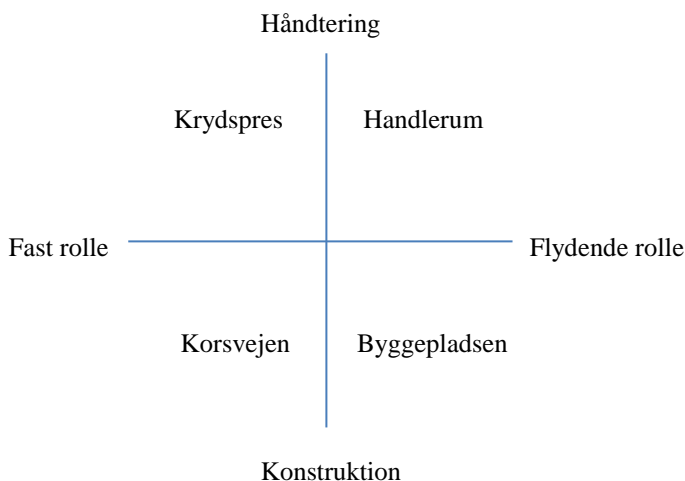
en patologisk tilstand. Jensen og Sørensen formulerer dette på denne måde: *"Man kan i hvert tilfælde forestille sig, at det kræver aktører med en meget fast identitet at skabe mening indenfor disse rammer, mens aktører med en mere flydende identitet vil opleve en mangel på mening"* (2003:32).

Opsummerende kan man sige, at roller både bearbejdes i den daglige praksis, men de kan også blive berørt af større omvæltninger som fx organisationsforandringer (herunder reformer og andre mindre initiativer). Eksisterende rolleopfattelser kan bevares i et vist omfang, og nye elementer kan integreres i eksisterende rolleforståelser, men på et tidspunkt kunne man forestille sig, at der vil opstå nye roller. I det efterfølgende afsnit berøres begreberne rollehåndtering og rollekonstruktion, som tilsammen medvirker til at skabe forståelse af dynamikken i rolledannelse.

Rollehåndtering og rollekonstruktion

Jeg vil i dette afsnit tage udgangspunkt i Jensen og Sørensens illustrerende model til en bedre forståelse af rolledannelse og rollehåndtering:

Figur 19. Forholdet mellem rolledannelse og rollehåndtering. Kilde: Jensen & Sørensen i Jæger & Sørensen (2003:33).



Modellen er et forsøg på at illustrere de mulighedsbetingelser, en rolleindehaver har for at agere i en dynamisk og kompleks organisatorisk sammenhæng. I nogle situationer kan indehaveren indarbejde nye elementer i sin eksisterende rolleforståelse, men andre gange skubber nye elementer til udviklingen af en ny rolleforståelse. Jeg gennemgår i nedenstående kort modellens dele:

1. Begrebet **rollehåndtering** *"angiver situationer, hvor aktørerne forholder sig til rollen ved at håndtere de forskellige rolleelementer, der ligger i en given institutionaliseret rolleopfattelse"* (Jensen & Sørensen 2003:32). I den empiriske sammenhæng forstår jeg rollehåndtering som den opfattelse, som forløbskoordinatorerne trækkes i retning af og må handle ud fra.
2. Herved er der taget hul på en definition af det tilknyttede begreb **rollekonstruktion**, idet dette angiver en situation, hvor: *"aktørerne inddrager nye rolleelementer og praksisformer, som ikke tidligere har været forbundet med rollen. Der er altså tale om en aktivitet, der omskaber eller udvider rollen"* (Jensen & Sørensen 2003:32-33). Distinktionen mellem rollehåndtering og rollekonstruktion er mere analytisk, end den er absolut, idet håndteringen altid vil rykke på det eksisterende, og fordi en konstruktionsproces altid vil tage afsæt i tidligere rolleforestillinger. Spørgsmålet om, hvordan rolleindehaveren håndterer og bidrager til en konstruktion af sin rolle, afhænger af, hvor flydende en karakter rollen har, jf. modellen. Modsat rollehåndtering forstår jeg rollekonstruktion som et begreb, der i højere grad indebærer muligheder hos koordinatoren for påvirkning af sin funktion.
3. **Krydspres** refererer til situationer, hvor aktøren skal tackle *"modsatrettede og uforenelige rollekrav"* (Jensen & Sørensen 2003:34), og værdiorienteringen bliver kontekstafhængig.
4. Begrebet **korsvejen** henviser til forsøg på at udskifte en klar og fast defineret rolle med en anden lige så klar og fast defineret rolle.
5. **Handlerummet** giver, modsat korsvejen, rolleindehaveren mulighed for at spille på flere tangenter på én gang, idet: *"nye rolleelementer er lagt til de gamle, mere end i at et nyt sæt elementer har fortrængt de gamle"* (Jensen & Sørensen 2003:35).
6. Det fjerde og sidste underbegreb i modellen, **byggepladsen**, angiver en situation, hvor en rolle ikke er fast defineret, og hvor én bestemt måde at håndtere rollen på opnår en dominerende status over for andre håndteringsstrategier.

Koordinatorens præg på rolledannelsesprocessen

Koordinatorens præg på rolledannelsesprocessen

I begyndelsen af dette afsnit nævnte jeg eksempler på, hvordan koordinatorene udnytter fleksibiliteten i funktionen til at lægge personlige præferencer ind i opgaveløsningen. Koordinatorerne havde forskellige personlige værdier, evner, erfaringer, faglige kompetencer og interesser, og de så ligeledes forskellige behov hos borgerne. Det drejede sig om forskelle i synet på målgruppen,

hvordan man nåede ud til målgruppen, og hvad man skulle tilbyde den enkelte borger. Skal man følge Jensen og Sørensen, drejer dette sig om synet på indholdet af koordinatorrollen. Herudover er der det, som jeg med Jensen og Sørensen vil betegne som koordinatorernes identitet, hvilket jeg forstår som deres selvforståelse. Nedenstående figur illustrerer forholdet mellem rolle og identitet, hvoraf begge kan antage en fast eller flydende karakter.

Figur 20. Forholdet mellem koordinatorrolle og -identitet. Kilde: Jensen og Sørensen i Jæger og Sørensen (2003:30). Suppleret ud fra mit empiriske materiale.

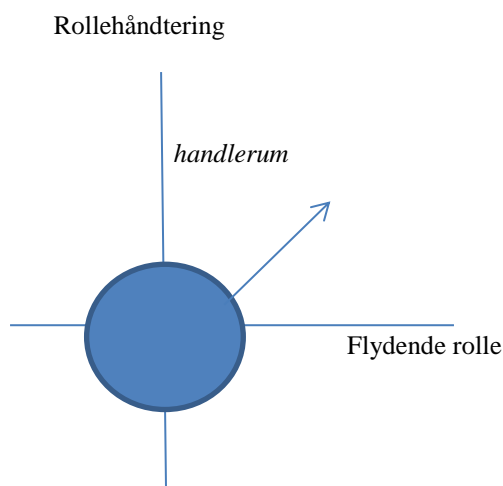
Rolle \ Identitet	Fast	Flydende
	Fast	Flydende
Fast	Antagonisme sammenfald	eller Rollemager
Flydende	Rolletager	Patologi

Der kan være flere måder at se forløbskoordinatoren i denne figur, og jeg giver to bud, som afhænger af, om man spørger koordinatorerne selv eller deres samarbejdspartnere. Dette illustrerer forskellen i synet på koordinatorrollen, som jeg eksempelvis også belyste i den første teoretiske analyseoptik om koordinatorerne som frontmedarbejder. Analyserer man samarbejdspartnernes udsagn, lader det til, at koordinatorerne tildeles en fast rolle som en del af den kommunale sektor, hvori de er forankrede. De bliver primært betragtet som kommunale medarbejdere, der agerer internt i kommunen. Her indenfor har de til gengæld en flydende identitet som en hjælpeperson for borgeren. Idet der ikke er en konkret bevidsthed hos samarbejdspartnere om, hvordan hjælpen foregår, lader det til, at koordinatoren internt i egen organisation har et vist spillerum – ikke mindst til at være behjælpelig i forløb med meget svage borgere. Analyserer man koordinatorernes udsagn, vil jeg hævde, at det modsatte forhold gør sig gældende, idet jeg forstår koordinatorerne have en flydende rolle og en fast identitet. Årsagerne til dette kan være flere. Dels ønsker de ikke at blive fastlåst i en internt koordinerende rolle, hvilket jeg belyste ved hjælp af figur 18. Dels gør de netop brug af rollens fleksible indhold, jf. det empiriske udgangspunkt for dette afsnit. Desuden kan man hævde, at koordinatorerne vælger en fast identitet som modværg mod samarbejdspartnernes modstand over for deres medvirken i de tværsektorielle aktiviteter. De har brug for at se sig selv gøre nytte et sted i systemet, og de antager en patientadvokerende identitet (selvforståelse). Dette er en nærliggende løsning, fordi de i forvejen som sygeplejersker yder kerneydelsen patientomsorg. Med Jensen og Sørensen peger analysen således på, at man kan se koordinatoren som rollemager, som dog er i risiko for at blive rolletager pga. samarbejdspartnernes ønske om en fast kategorisering, der peger ind i egen sektor.

Koordinatorrollen mellem håndtering og konstruktion

Jeg vil i dette afsnit analysere forløbskoordinatorens rolle og funktion ud fra Jensen og Sørensens model for rollehåndtering og rollekonstruktion, jf. afhandlingens figur 19. Som det blev tydeliggjort i sidste afsnit, bevæger forløbskoordinatoren sig i, hvad man kunne betegne som et institutionelt spændingsfelt mellem samarbejdspartneres kategorisering af rollen som et internt sektoranliggende og koordinatorens egne ønsker om at kunne bevare en fleksibilitet i rollens indhold, dvs. deres mulighed for at bidrage til rollens konstruktion, herunder at bevare eller opnå mulighed for at bevæge sig på tværs af sektorer. Hvis der desuden tænkes tilbage på koordinatorens identitet (deres selvforståelse), vil jeg hævde, at koordinatoren bærer præg af alle dele af Jensen og Sørensens model. Denne forståelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion kunne illustreres således i modellen:

Figur 21. Forskerens tolkning af forløbskoordinatorens rolle og funktion ud fra Jensens og Sørensens model, jf. figur 19.



Med Jensen og Sørensen kan man argumentere for, at forløbskoordinatorens rolle og funktion er placeret inden for cirklen i modellen. Jeg vil i det nedenstående give eksempler på, hvordan jeg forstår denne placering. Hvis vi skal følge argumentationen indtil nu i dette kapitel, vil koordinatoren skulle håndtere sin rolle ud fra en bevidsthed om, at samarbejdspartnerne er svære at få i tale, idet de primært ser koordinatoren som en kommunalt forankret sygeplejerske, som i udgangspunktet ikke er en del af de tværsektorielle aktiviteter. Koordinatoren kommer derfor til at agere ud fra denne institutionaliserede rolleopfattelse. Som modvægt til dette konstruerer koordinatoren en rolle som patientens advokat og skaber på denne måde en

selvforståelse af meningsskaber for patienten og derved også for sig selv. Derfor er der ligeledes et element af rollekonstruktion i forløbskoordinatorens handlinger. Med tanke på det særlige krydspres, som jeg i sidste kapitel argumenterede for, var til stede hos koordinatoren (ud fra Lipskys arbejde), ses samme pres ud fra Jensen og Sørensen. Forløbskoordinatoren står, i kontakten med patienten eller borgeren, ofte i en situation, hvor koordinatoren både skal imødekomme patientens interesser og samtidig være en del af det professionelle system. I sådanne situationer synliggøres modstridende interesser og ønsker til koordinatorens handlinger. Koordinatoren har imidlertid mulighed for i den enkelte situation at træde ud af dette klassiske dilemma, idet vedkommende ikke er en del af de etablerede faggrupper og kan i højere grad vælge at optræde mere patientadvokerende end muligt er for fx en 'almindelig' sygeplejerske. Herved får rollen karakter af at være en byggeplads, idet det her bliver forløbskoordinatorens håndtering af rollen, som bliver dominerende.

Analysen af empirien peger ikke på, at koordinatoren står ved en korsvej, idet rollen ikke er klart defineret, men derimod bliver til ved, at koordinatortasker enten indlemmes i rolleindehaverens øvrige stillingsindhold eller defineres over tid, når en person ansættes som koordinator og skal udfylde en funktion. Men idet koordinatoren ligeledes er nødsaget til at håndtere en institutionel rolle, defineret af samarbejdspartnerne, kan man dog argumentere for, at de reelt befinder sig ved netop en korsvej, hvor de forsøger at udskifte samarbejdspartnerens kategorisering med en rolle, som i højere grad er karakteriseret ved tværsektorielle relationer. Dette ses eksempelvis af figur 18 med forbedringsforslagene til koordinatorrollen.

I den empiriske indgang til dette afsnit fremhævede jeg, at koordinatorene trækker på deres personlige værdier, evner, erfaringer og faglige kompetencer, og at denne fleksibilitet er en væsentlig faktor for deres mulighed for at udøve funktionen. Koordinatorerne arbejder ud fra en værdi om fokus på patientens oplevede virkelighed; de har erfaringer som sygeplejersker og som kommunalt ansatte med kendskab til tilbud og forvaltninger; de har forskellige faglige kompetencer, fx særlig erfaring inden for psykiatrien eller med coachingsamtaler; de kan have særlige evner som netværksskabere på tværs af sektorer, forvaltninger, patientforeninger mv. Sagt med andre ord, er dette en mulighed for at bygge oven på eksisterende samarbejdsrelationer og mekanismer for derved at undgå at skulle udkonkurrere andre og mere fast definerede roller. På den måde får koordinatorene mulighed for at 'rykke' og skabe aktion i et ellers fastlåst rum (af institutionaliserede roller) og krydspres (af modsatrettede behov og interesser). I Jensen og Sørensens forståelse betyder dette, at man kan forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion som bevægende sig fra midten i retning af det øverste højre felt i modellen (handlerummet).

Afrunding

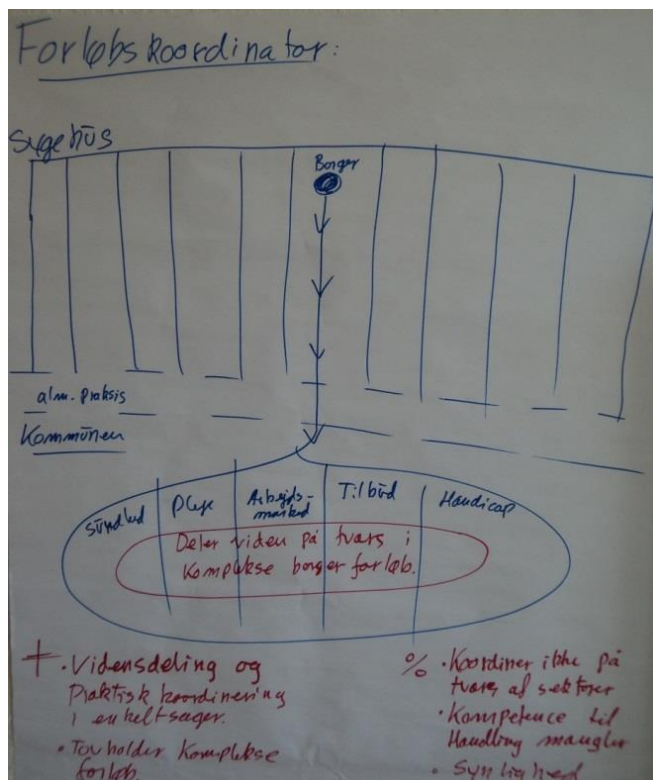
Jeg har i dette analyseafsnit belyst, hvorledes forløbskoordinatoren deltager i fortolkningen af rollen som koordinator, og herunder, hvor koordinatoren kommer til kort over for samarbejdspartnerne, og hvor der kan være mulighed for, at vedkommende kan præge sin rolle som koordinator ved at bevare en fleksibilitet i funktionen. I analysekapitlets sidste afsnit vil jeg yderligere belyse og diskutere det institutionelle dilemma, som forløbskoordinatoren befinder sig i, så længe der både er et ønske om synlighed, dvs. en formalisering af funktionen, og et ønske om at bevare fleksibiliteten.

Koordinatorrollen i et institutionelt spændingsfelt

Empirisk indgang

Dette kapitel har indtil nu diskuteret forløbskoordinatorens behov for både synlighed og fleksibilitet i funktionen. Men det er samtidig belyst, at begge dele er vanskelige at opnå, særligt når det handler om at indgå i tværsektorielle relationer, idet hovedparten af samarbejdspartnerne ikke lader til at have set de samme muligheder i koordinatorenes bestræbelser på at blive tværsektorielle medspillere. Ser man på samarbejdspartnerne tegninger (præsenteret i kapitel 2), forholder det sig tværtimod således, at alle med undtagelse af én tegning illustrerer samarbejdspartnerne skepsis over for koordinatorene som tværsektorielle aktører. Samarbejdspartnerne sætter spørgsmålstejn ved, om de styrker, som koordinatoren måtte have i forhold til at agere i et tværsektorielt rum, ikke samtidig bliver dennes svagheder, idet de reelt ikke kan forholde sig til, hvorvidt koordinatorenes indsats har en effekt på samarbejdet eller på patienten. Derfor er der også en tendens til, at samarbejdspartnerne dels tillægger koordinatoren en intern betydning i egen sektor, dels i deres ønsker til et fremtidigt sundhedsvæsen primært ser muligheder inden for det udviklingsarbejde, som allerede er i gang, og som ikke udvikler på koordinatorfunktionen. Jeg illustrerer disse to tendenser nedenfor i henholdsvis en tegning og en skitse over eksempler på samarbejdspartnerne ønsker til et fremtidigt tværsektorielt samarbejde:

Tegningen 'Forløbskoordinator', gentaget fra kapitel 2, figur 6, større format



Tegningen er lavet af en ledende medarbejder i en kommune, der har ansat en forløbskoordinator blot i en anden forvaltning. Velvidende, at samarbejdspartnerne tegninger ikke er ens, afspejler de dog alle overordnet det samme syn på forløbskoordinatoren, hvorved jeg finder, at ét motiv er nok til analysen i dette afsnit. Tegningen viser sundhedsvæsenet opdelt i en sygehusdel, et almen praksis-niveau samt en kommunal del, og denne medarbejder opfatter forløbskoordinatoren som en kommunal medarbejder, der følger udvalgte borgere hjem til kommunen, hvor hovedparten af koordineringen efterfølgende foregår. Der hvor koordinatoren, ifølge tegneren, primært er synlig, er på det kommunale niveau, hvor man ligeledes kan sige, at koordinatoren kan anvende sin fleksible funktion (eksempelvis sin erfaring med det kommunale system) til at gå på tværs af de forskellige kommunale forvaltninger. Pointen med at inddrage denne tegning er således, at den er med til at illustrere, hvorledes koordinatorens arbejde i overvejende grad af tegneren forventes at ligge inden for egen sektor. Hertil kan man dog indvende, at tegneren gav udtryk for ikke at have kendskab til, hvad koordinatoren laver i denne 'følge-hjem'-funktion som

'fangarm' for kommunen ud i almen praksis og sygehus. Denne fremlæggelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion kan derfor hævdes at være præget af et fravær af erfaring med og indsigt i koordinatorens bidrag til det tværsektorielle samarbejde.

Tegnerens opfattelse af forløbskoordinatorens rolle og funktion kan forstås teoretisk. Tænker man på Berger og Luckmanns samfundsteori, hævder de heri, at alle medlemmer i et samfund udsættes for en typificeringsproces, og koordinatoren tildeles i tråd med denne teoretiske forståelse en internt koordinerende rolle i sundhedsvæsenets socialitet. Dette understreges yderligere af eksempler fra samarbejdspartnersnes ønsker til et fremtidigt tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet, hvilket jeg kort vil skitsere. Jeg har til sammenligning indsat min tolkning af koordinatorens ønskeliste, som jeg præsenterede i begyndelsen af kapitlet (se figur 18):

Figur 22. Samarbejdspartnersnes ønskeliste og min forståelse af koordinatorens ønsker

Samarbejdspartnersnes ønsker:

- Videokonference ved overlevering
- Praktiserende læger skal klædes på for at opnå viden om sygehusets verden
- Løbende italesættelse af næste fase i patientforløbet
- Hjemmebesøg ved udskrivelse
- Bufferordninger som fx akutteams
- Udvikling af det tværfaglige samarbejde på udførende niveau sker på og via dette niveau
- Behov for et kompetenceløft til udførende niveau
- Styrke den elektroniske kommunikation
- Få et ansigt på tværgående relationer
- Opnå kontakt første gang til den rigtige person eller fagprofession
- Have en ordentlig tone overfor hinanden som samarbejdspartnere
- Ønske om at få de praktiserende læger ind i samarbejdet

Forskerens udlægning af koordinatorens ønsker (fra figur 18):

- Øget fokus på en tværsektoriel kontaktflade
- Koordinatorer inddrages i indsatser
- Koordinator har mulighed for at præge beslutningsprocesser
- Bevare koordinatorfunktionen som en formaliseret og fleksibel funktion i stadig udvikling
- Øget fokus på borger-agent-fortællingen
- Kommunen som mere magtfuld forankring, herunder til at videndele

Det ses af skitsen, at samarbejdspartnerne tillægger helt andre emner betydning for udvikling af tværsektorielle relationer i sundhedsvæsenet end forløbskoordinatorerne. De ser således overordnet en anden vej for det fremtidige samarbejdende sundhedsvæsen end ved inddragelse af forløbskoordinatorer. Med dette kan man ligeledes forstå, at samarbejdspartnerne koncentrerer sig mere om det generelle billede af samarbejdet (den store gruppe borgere med mindre komplekse forløb) og i mindre grad fokuserer på den lille gruppe af patienter, som forløbskoordinatoren når eller kunne nå (borgere med meget komplekse forløb). Begge parter opfatter udviklingen ud fra hver sin virkelighedsopfattelse (hver sit 'subunivers' i Berger og Luckmanns terminologi) og tilknytter herunder sprogbrug, hvilket jeg ligeledes belyste i sidste analysekapitel om borger-agent-fortællingen og stat-agent-fortællingen.

Afvigere i samarbejdspartnernes øjne

Ifølge Berger og Luckmann er institutionaliseringsprocesser nødvendige, for at alle medlemmer af et samfund kan finde deres rolle i det sociale: typificering bliver derved et alment vilkår for mennesker. Jeg har i dette kapitel anvendt Berger og Luckmann til at opnå en større indsigt i, hvorfor forløbskoordinatorerne har behov for at blive synlige i deres ageren. Jensen og Sørensen er inspireret af Berger og Luckmanns samfundsteori og anvender denne til at fokusere på individet og dennes mulighed og begrænsninger i forhold til sin rolle. Jeg anvender primært Jensen og Sørensen til at undersøge, hvordan forløbskoordinatoren, ud over et ønske om at være synlig i det organisatoriske landskab, ligeledes udnytter en mulighed for fleksibilitet givet af funktionens åbne rum. I min analyse er jeg inspireret af begge teoretiske bud, idet begge kan bidrage til at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion.

Den empiriske indgang til dette sidste afsnit har vist, at fokus på udvikling af det tværsektorielle samarbejde medfører en bevidsthed om en forandring. Med Jensen og Sørensen kan man sige, at samarbejdspartnerne ønsker at bibeholde en overensstemmelse mellem rolleindhold og rolleforståelse, og at dette medfører to ting: dels at de sætter forløbskoordinatoren i en situation, hvor vedkommende skal håndtere den rolle, der bliver givet, dels at samarbejdspartnerne hævder gerne at ville gøre 'mere af det samme'. Dette ses eksempelvis af samarbejdspartnerens ønsker i figur 22, jf. ovenfor, hvor de overordnet udtrykker ønske om at fortsætte og blive støttet i den udvikling af det tværsektorielle samarbejde, som de allerede er i gang med. De nævner ikke forløbskoordinatoren og ønsker ro. Således ønsker samarbejdspartnerne i empirien ikke rollemagere i form af forløbskoordinatorer i dette samarbejde. I Berger og Luckmanns terminologi kan dette forstås på den måde, at samarbejdspartnerne ønsker at bevare kontrollen over det anvendte 'begrebsapparat', dvs. det syn på sundhedsvæsenet og dets udvikling, som de selv vægter. Herved ønsker de ikke,

at 'tiderne skal skifte' og skabe nye begrebsforståelser (Berger & Luckmann 1967:124-125). I overført betydning kan dette udtrykkes som: *"He who has the bigger stick has the better chance of imposing his definitions of reality"* (Berger & Luckmann 1967:127). Ønsket om at bevare en bestemt virkelighedsopfattelse kan ligeledes medføre, at afvigelse fra denne ikke blot findes uden for samarbejdspartnerne selv, men også internt blandt dem. Empirisk er dette kommet til udtryk på to måder; dels er informanter blevet 'talt til rette' ved første lejlighed under arbejdsseminaret med samarbejdspartnerne, dels har disse toneangivende informanter bidraget til at bevare den førende opfattelse gennem hele interviewet. Denne pointe kan understøttes med Berger og Luckmann, når de beskriver, hvordan 'afvigere' finder tilbage til den 'normale' opfattelse af virkeligheden (1967:132), eller når de skriver om social organisering: *"Reality is socially defined. But the definitions are always embodied, that is, concrete individuals and groups of individuals serve as definers of reality"* (ibid.:134).

Med Berger og Luckmann kan vi sætte yderligere spørgsmålstegn ved, hvad der sker i mødet mellem forløbskoordinatorer og potentielle samarbejdspartnere. Berger og Luckmann skriver om den sekundære socialisering (modsat den for barnet primære socialisering): *"Whatever new contents are now to be internalized must somehow be superimposed upon this already present reality"* (1967:160). Men som det ovenfor i indtil flere tilfælde er belyst, ser samarbejdspartnerne det ikke som en hovedkompetence for en medarbejder, der skal indgå i tværsektorielle aktiviteter, at denne skal forstå sig selv som anvendende egne værdier, personlige kompetencer, indlevelse og stil i sin funktion. Tværtimod eksisterer der en formalitet og en anonymitet i den sekundære socialisering (ibid.:162), som hverken koordinatorerne selv eller samarbejdspartnerne forbinder med koordinatorrollen. Derfor følger et spørgsmål i forlængelse heraf: Hvordan eller i hvor høj grad vil forløbskoordinatorerne kunne opretholde, hvad man kunne betegne som en hævdet 'autenticitet' (deres direkte forhold til patienten), såfremt de skulle komme til at indgå i det tværgående relationelle 'setup'? Vil deres ønske om autenticitet fastholde dem i en position, hvor de opfattes som værende 'i vejen', jf. Berger og Luckmanns betegnelse (1967:163)? Sat på spidsen kunne man overveje, hvor 'kunstige' koordinatorerne skal blive for at kunne overtage samarbejdspartnerens virkelighedsopfattelse (ibid.). Man kan endog hævde, at koordinatorer og samarbejdspartnere tilgår det tværsektorielle samarbejde, som tilhørte de forskellige brancher med hver deres krav til formalitet, rationalitet, personligt engagement etc. (ibid.:164). I denne forståelse vil koordinatoren minde om musikeren, som har brug for stor indlevelse og fordybelse for at identificere sig med målgruppen (som denne anser for at være patienten), mens man kan sammenligne samarbejdspartnerens tilgang med fx ingeniøruddannelsen, idet: *"Engineering education can take place effectively through formal, highly rational, emotionally neutral processes"* (Berger & Luckmann 1967:164). Således er ingeniøren tilpasset en verden, hvor der er brug for, at ingeniøren som

menneske kan træde ind og ud af sin institutionaliserede rolle og på denne måde skifte mellem virkelighedsopfattelser (ibid.:192-193), hvorimod man kan hævde, at koordinatoren i tilgangen til patienten i højere grad integrerer fagligheden med sin person.

I figur 18 i begyndelsen af dette analysekapitel, tydeliggøres ligeledes, at en del af forløbskoordinatorens udfordringer i tværsektorielle relationer med Berger og Luckmanns ord kan forstås ved, at koordinatorene ikke får bekræftet deres virkelighedsopfattelse blandt samarbejdspartnerne – og omvendt. Berger og Luckmanns eksempel med pendleren, som tager samme tog hver dag til og fra arbejde og bekræftes i sit livssyn af de øvrige pendlere på toget, kan tjene som illustration af koordinatorenes situation, blot med omvendt fortegn (1967:169-170). Koordinatorene deler på væsentlige områder ikke 'syn' med de potentielle samarbejdspartnere, og dette forårsager, at deres ønsker for et fremtidigt tværsektorielt fællesskab forbliver en idealforestilling. De vender sig i stedet ofte mod deres egne for at få støtte og lægger også generelt vægt på den taknemmelighed, de møder hos patienterne. Disse steder har de oftest mulighed for at bekræfte deres egen virkelighedsforståelse. Til gengæld kan man betegne den opfattelse af deres funktion, som koordinatorene møder fra deres potentielle samarbejdspartnere, som udtryk for "*A reality-disconfirming act*" (Berger & Luckmann 1967:171), idet jeg vil hævde, at der for samarbejdspartnerne er grænser for, hvor 'tæt på' udefrakommende forandrings tiltag må gå. Berger og Luckmann beskriver dette således: "*if one is a believing Catholic the reality of one's faith need not be threatened by non-believing business associates. It is very likely to be threatened, however, by a non-believing wife*" (1967: 171-172).

Berger og Luckmann taler sågar om den mere radikale form for udkonkurrering, hvor én part må overtage en gældende virkelighedsforståelse ('alternation', 1967:176-182). Man kan diskutere, hvorvidt dette gør sig gældende for forløbskoordinatorene, idet tværsektorielt samarbejde med større inddragelse af forløbskoordinatore i så fald skulle betyde, at koordinatorene må tilpasse deres position til et stat-agent-perspektiv (jf. sidste analysekapitel). Som jeg har belyst i dette analysekapitel, er der et behov hos koordinatorene for en synliggørelse, dvs. en større formalisering af deres funktion. Men jeg har ligeledes fremhævet ønsket om at bibeholde fleksibiliteten i funktionen – koordinatorene hævder netop at have betydning i kraft af deres særkende, dvs. deres orientering mod patienten, en til en-forholdet til patienten og inddragelse af egne værdier, evner, særlige faglige erfaring og kompetencer etc. Derfor peger empirien snarere på at udforske, hvordan flere virkelighedsopfattelser kan eksistere sideløbende i det tværsektorielle samarbejde. Dette kapitels pointe lægger sig derved op ad sidste kapitels, som pegede på, at stat-agent-perspektivet og borger-agent-perspektivet eksisterer sideløbende og kan lære af og bidrage til hinanden.

Berger og Luckmann har to forklaringsmodeller, som kan bidrage til forståelse af samarbejdspartnerne opfattelse af koordinatorene, helholdsvis 'illoyalitetmodellen' og 'individualistmodellen'. I den første model fører det enkelte menneskes identifikation med flere forskellige grupper i samfundet til, at vedkommende potentielt er illoyal over for sig selv og andre. Men dette er kun tilfældet, hvis man bevæger sig mellem virkelighedsopfattelser, og her peger empirien til ph.d.-undersøgelsen på, at koordinatorene oplever at bevæge sig inden for samme virkelighedsopfattelse (patientorienteringen). Men samarbejdspartnerne kan derimod opfatte dem som illoyale, fordi de ikke i samme grad som den overvejende del af samarbejdspartnerne har taget det organisatoriske perspektiv til sig som deres eget, jf. sidste analysekapitel. Dette fører over i forklaringsmodel nummer to, idet Berger og Luckmann beskriver individualisten således: *"The 'individualist' emerges as a specific social type who has at least the potential to migrate between a number of available worlds and who has deliberately and awarely constructed a self out of the 'material' provided by a number of available identities"* (1967:191). For samarbejdspartnerne går koordinatoren som individualist imod den gældende virkelighedsopfattelse forstået som de etablerede samarbejdsformer og forventninger til, hvordan en kommunal medarbejder/sygeplejerske agerer. For koordinatorene derimod går koordinatoren som individualist netop ind som den medarbejder, der kan bevæge sig i en udvidet krydspresmodel (se sidste kapitels inspiration fra Lipsky) og i Jensen og Sørensens 'handlerum' (figur 21 i dette kapitel).

Delkonklusion

I denne analyseoptik har jeg anvendt Berger og Luckmanns samfundsteori, der handler om, at mennesket som et socialt væsen sammen med andre mennesker indgår i et dialektisk forhold til den omgivende samfundsmæssige virkelighed. Hermed menes, at menneskelig handling skaber samfundsinstitutioner, hvilke ligeledes er definerende for individets opfattelse af verden. Forholdet mellem mennesker er præget af, hvad der betegnes som typificering, dvs. at mennesker lærer hinanden at kende som 'typer' i samfundet. På denne måde kan roller forstås som typer i det sociale og rolledannelse som en institutionaliseret proces, hvor menneskelig handling tillægges betydning ud fra en dominerende samfundsopfattelse.

Analysen peger på, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde, med Berger og Luckmann, i overvejende grad kan forstås ud fra en forskel i 'samfundsopfattelse' (virkelighedsopfattelse) mellem koordinatorene og samarbejdspartnerne. Med dette mener jeg parternes tilgang til sundhedsvæsenet og brugerne af dette. Denne forskel i betragtningsmåde

bevirker ligeledes en forskel på, hvad der anses for genkendelige roller i et samarbejde på tværs af sektorer:

Hovedparten af *samarbejdspartnerne* betragter ikke forløbskoordinatoren som en genkendelig rolle i samarbejdet, og typificeringsprocessen må derfor gå i en anden retning. Således peger analysen på, at forløbskoordinatoren da må forstås som en koordinerende (og gerne fleksibel) medarbejder inden for *egen* sektor. Det vil sige, at vedkommende ikke forventes at gå på tværs og derfor heller ikke alle steder møder forståelse i sine forsøg på at gøre dette.

Udgangspunktet for *koordinatorerne* har derimod været en forestilling om, at koordinatorrollen indgår som en del af et tværsektorielt samarbejde, idet funktionen af initiativtagere er blevet præsenteret som en støttefunktion for brugere i kontakten til såvel sygehus, kommune og almen praksis. Ud fra denne betragtningsmåde kan forløbskoordinatoren derfor forstås som en koordinerende medarbejder, der forventes at gå på tværs, og som derfor selv forventer at møde forståelse i sine forsøg på at gøre dette (og således være synlig for samarbejdspartnerne). Synlighed anses dog ikke for vigtigere end behovet for at kunne agere fleksibelt i den enkelte situation.

Med Berger og Luckmann kan man på denne måde argumentere for, at forskellen i virkelighedsopfattelse mellem koordinatore og samarbejdspartnere bidrager til at sætte koordinatorene i en position, hvorfra det er vanskeligt at agere koordinerende ud over egen sektor, idet det er samarbejdspartnerne, der repræsenterer den dominerende opfattelse.

Dernæst har jeg introduceret Jensen og Sørensen's arbejde med rollebegrebet, idet disse arbejder med inspiration i Berger og Luckmann, men samtidig supplerer denne samfundsteori. Med Jensen og Sørensen har jeg fokuseret på koordinatorenes forståelse af koordinatorrollen (jf. ovenstående afsnit), idet disse forskere lægger vægt på roller som formbare af det enkelte individ i konkrete situationer. Roller er formbare, fordi rolleindehaveren befinder sig i en kompleks og foranderlig virkelighed, hvor individet må foretage et fortolkningsarbejde. Det er det kontinuerlige individuelle fortolkningsarbejde, som gradvist vil ændre rollen. Jensen og Sørensen beskriver dette yderligere ved, at rolleindehavere dels danner dels håndterer deres rolle, og at det er forholdet mellem rolledannelsen og rollehåndtering (hvor individet må forholde sig til en defineret rolle), der indikerer, hvor stort eller lille et 'handlerum', rolleindehaveren har at agere i. Med fortolkningsarbejdet foreligger der en mulighed for at udvide handlerummet, og analysen peger på, at koordinatorene i et vist omfang har succes med at anvende en fleksibel tilgang til deres funktion som redskab til konstruktion af koordinatorrollen. I den fleksible tilgang trækker koordinatorene på deres personlige værdier, evner, erfaringer og faglige kompetencer, og på denne måde kan man med Jensen og Sørensen argumentere

for ligeledes at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde som rollemager, og ikke udelukkende som rolletager, hvor rollen defineres af samarbejdspartnerne.

KAPITEL 8: ANALYSEOPTIK 3 - FORLØBSKOORDINATORER OG SAMARBEJDSPARTNERE SOM AKTØRER I GRÆNSEFLADER

I kapitel forstås det tværsektorielle samarbejde som samarbejde i organisatoriske grænseflader, og der sættes fokus på individuelle aktørers bidrag til samarbejdsprocessen. Der trækkes på Williams (2012) forståelse af 'boundary spanneren' og 'boundary spanning'. Kapitlet bidrager med to ting: 1. En italesættelse af det relationelle forhold mellem et individuelt aktørniveau, et strukturelt niveau og et idé niveau. På denne måde forstås aktørens handlinger i deres kontekst. 2. En opfordring til at forstå samarbejdspartnerne som mulige 'boundary spanner' begrundet i deres dominerende position i forhold til at kunne definere relationerne i det tværsektorielle samarbejde. I sammenhæng med dette ligeledes begrundet i forløbskoordinatorernes begrænsninger i udfyldelsen af en 'boundary spanner'-rolle, som den udlægges af Williams.

Indledning

Denne tredje analyseoptik inddrager et begreb, der af Williams (2012) både betegnes 'boundary spanning' og 'boundary spanner'. Det engelske ord 'span' gives i ordbogen betydninger som 'spændvidde', 'åbning', 'brofag', 'vingefang', 'tidsrum', 'tid', og 'spanning' betyder 'at spænde om', 'spænde over', 'føre over', 'strække sig over', 'omspænde' (Gyldendal 1987:483). For at være tro mod den danske oversættelses mange betydninger af begrebet vælger jeg (med undtagelse af kapitlets overskrift) at anvende den brede engelske betegnelse, med hvilken man foreløbigt kan forstå 'boundary spanning' som en grænseoverskridende aktivitet samt en 'boundary spanner' som en medarbejder, der løser opgaver på tværs af grænser. I kapitlet redegør jeg først for Williams' udlægning af 'boundary spanneren' og 'boundary spanning-aktiviteter', herunder hans opdeling af 'boundary spanner-kategorien' i to indbyrdes forskellige typer. Jeg forstår forløbskoordinatorerne som eksponenter for den ene type og samarbejdspartnerne som eksponenter for den anden type. Jeg redegør for de to grupper i kapitlet. Jeg anvender denne opdeling til at blive klogere på min empiri og derved afhandlingens forskningsspørgsmål. Men når jeg herefter undersøger forløbskoordinatorerne som én type 'boundary spanner', er der dog meget i empirien, der peger på, at disse ikke skal kategoriseres som 'boundary spanner' ud fra Williams' forståelse af begrebet. Som den væsentligste forskel kan man argumentere for, at koordinatorerne ikke besidder en tilsvarende magtfuld position til at kunne koordinere på tværs. Dette billede ser anderledes ud, når man ser på samarbejdspartnerne, og jeg anvender således Williams som støtte til

at argumentere for, at samarbejdspartners stemme bør undersøges nærmere. Det er i denne forståelse dem, der udgør den største andel af 'boundary spanner', og som udfører størstedelen af de grænseoverskridende aktiviteter i sundhedsvæsenet (2012:144). Det er ikke mit ærinde at gå ind i Williams' empiri eller at foretage sammenligninger mellem Storbritannien og Danmark, snarere tager jeg hans analyse for pålydende i den udstrækning, den kan bidrage til at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde.

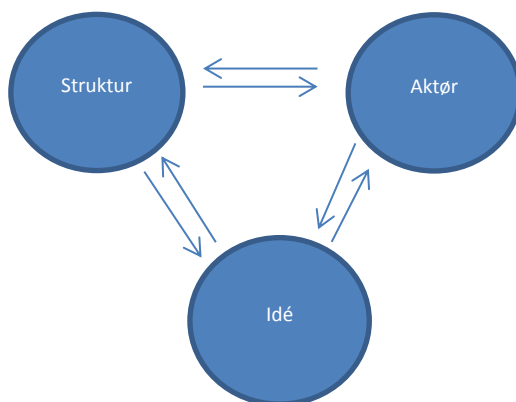
Williams' mikrosociologiske perspektiv

Williams arbejder ud fra en individorienteret tilgang, hvor individet dog samtidig påvirkes af strukturelle forhold og samfundsmæssige idéer. Jeg starter derfor med kort at redegøre for denne ramme, inden for hvilken 'boundary spanneren' agerer.

Struktur-agent-idé-model

Williams undersøger individuelle aktørers koordinerende aktiviteter i og på tværs af sektorer, og hans hovedfokus ligger på et mikroniveau. Han inddrager dog også makrosociologiske aspekter bestående af institutionel og organisatorisk kontekst (2012:2,24), hvilket han illustrerer i en 'struktur-agent-idé'-model. Jeg følger Williams teori, men i min oversættelse vælger jeg at betegne modellen en 'struktur-aktør-idé'-model. Med inspiration i Williams ser forholdet således ud:

Figur 23. Forholdet mellem struktur, aktør og idé.



Williams anvender sin model som illustration af, hvordan han ser på samarbejde i offentlig politik og forvaltning, og den udgør dermed hans fundament for, hvordan han analyserer sig frem til sine perspektiver på 'boundary spanneren'. Han er opmærksom på, at dikotomien struktur og aktør kan kritiseres for bl.a. at være en kunstig modstilling, og han inddrager eksempler på forskningsarbejde, der forholder sig til kritikken ved på hver sin måde at forsøge at bevæge sig ud over dikotomiseringen og i stedet argumentere for betydningen af et relationelt forhold. Williams holder (i min forståelse) fast i dikotomien, fordi den med sin analytiske skelnen giver ham mulighed for at forholde sig særskilt til aktøren ('boundary spanneren') og herudfra til de ting, der betinger dennes mulighed for udfoldelse, herunder de idéer, der i tid og rum både former og formes af strukturen og aktøren. En idé kan opstå ud fra strukturelle problematikker som behov fra praksis eller som et politisk initiativ, og Williams lægger ikke vægt på at fremhæve, hvor en idé opstår først.

Hovedfokus er således på den individuelle aktør, som står i forhold både til den omgivende struktur og de idéer, vedkommende er rundet af. Aktøren (alene eller i en gruppe) har i større eller mindre grad mulighed for og evne til (på engelsk 'agency') at påvirke strukturen, og Williams argumenterer for, at det er aktørens engagement, der bærer samarbejdet (2012:23). Måden, hvorpå aktøren indgår i koordinerende aktiviteter og samarbejde, afhænger af, hvordan denne oplever og forstår hensigten med opgaven (ibid.:3,25). Aktører er i min afhandling både forløbskoordinatorene og de potentielle samarbejdspartnere. Alle arbejder de ud fra rammer, fx organisatorisk placering eller professionel status, som kan virke fremmende eller hæmmende på deres handlinger (disse rammer udgør 'strukturen'). Et forløbsprogram kan eksempelvis virke fremmende for samarbejdet, idet det formaliserer og skaber orden, men det kan ligeledes virke hæmmende, såfremt det er formuleret for vagt til at skabe enighed blandt parterne om den konkrete praksis. Omvendt vil organisationerne kunne lære af praksis, såfremt man udvikler måder, hvorpå læring og videndeling fremmes (ibid.:28).

Aktør-idé-relationen handler om, hvordan individet forholder sig til og fortolker sin omverden, fx i form af politiske initiativer. Williams betegner dette som 'framingprocesser' (2012:28). Forskellige aktører kan forholde sig forskelligt, afhængig af eksempelvis profession, organisatorisk rolle og interesse. Man kunne derfor sige, at når forløbskoordinatorene og samarbejdspartnere i undersøgelsen modtager Sundhedsstyrelsens idéudspil forskelligt, kunne dette være udtryk for forskelle i, hvordan parterne 'framer' udspillet.

Relationen mellem struktur og idé handler om, at samfundsmæssige og politiske paradigmer sætter kursen for den organisatoriske og lovgivningsmæssige kurs,

men at strukturelle faktorer ligeledes bidrager til at skabe idéer for samfundets udvikling. I afhandlingen kan dette eksemplificeres ved sundhedsvæsenets overordnede idé om at skabe sammenhæng mellem sektorerne og lighed for alle borgere i adgangen til sundhedsydelser, hvilket visse steder fx har givet anledning til organisatoriske tiltag som oprettelsen af tværgående forløbskoordinatorfunktioner. Omvendt kan spændinger om fx forskelle i finansieringsstrukturen i kommuner, regioner og almen praksis generere nye idéer. Således er modellen udtryk for et dynamisk forhold mellem struktur, aktør og idé (Williams 2012:30).

Jeg lader mig i afhandlingen inspirere af Williams' model, fordi den kan bidrage til at forstå forholdet mellem den officielle hensigt med forløbskoordinatorerne, samarbejdspartnerne som en del af den organisatoriske struktur og koordinatorerne som individuelle aktører.

'Boundary spanner' og 'boundary spanning-aktiviteter'

Struktur-agent-idé-modellen danner udgangspunkt for Williams til at undersøge 'boundary spanner' og deres rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde. Sundhedsvæsenet er udfordret af flere årsager, hvilket Williams redegør for (2012:30), og som jeg har beskrevet i første del af afhandlingen. Williams nævner fx behovet for at skabe større integration mellem sektorerne og at undgå overlap i serviceydelser. Det er udfordringer, som deles af både hospital, kommune og almen praksis, og man ser derfor samarbejde omkring fælles løsninger som en overordnet målsætning. Ifølge Williams er samarbejdets konkrete udformning ikke klart og ens defineret af alle parter, hvilket åbner op for multiple fortolkninger og forhandlinger i praksis om, hvis tolkning der skal vinde hævde (ibid.:14). Her er det min forståelse, at han taler om samarbejde både som et fænomen i praksis og som begreb, som han kan nærme sig en definition af. I en indkredsning af samarbejdsbegrebet fremhæver han eksempelvis samarbejde som et spørgsmål om, at parter arbejder sammen om aktiviteter ud fra mere eller mindre stabile regler, ressourcer og relationer med henblik på at øge det samlede serviceniveau, samt som et spørgsmål om at finde vej, hvor ingen part har den fulde autoritet. Derved peger han på samarbejdet som en forhandlingsproces, en kommunikativ proces, hvis objekt er rolle- og ansvarsfordeling. Herved kan samarbejdet ses både som et middel til at opnå en bedre service, men processen giver samtidig en ny struktur og organisering (ibid.:14-15). I praksis er der en søgen efter, 'hvad der virker' i samarbejdet, og ifølge Williams et behov for at tænke nyt om samarbejde på tværs. Derfor argumenterer han for at undersøge, hvad der gør sig gældende på et mikroniveau, dvs. hvad individuelle aktører ('boundary spanner') bidrager med til samarbejdsprocessen (ibid.:2,7).

Williams definerer bredt 'boundary spanner' som: *"a particular set of individual actors who work within theatres of collaboration – settings that involve agencies uniting to design and deliver public services both within and between sectors"* (2012:1). Samarbejdet karakteriserer han i forlængelse heraf som aktiviteter, som går på tværs af organisatoriske, professionelle, sektorielle og lovgivningsmæssige grænser, og aktiviteterne ser han som gennemtrængende, sammenvævende og krydsende. 'Boundary spanner' er således medarbejdere i involverede organisationer, der indgår i samarbejdsrelationer om offentlige serviceydelser. Williams identificerer fire 'boundary spanner-roller' (hvilke man kunne betegne 'grænsefladeroller'):

1. Netværkeren
2. Fortolkeren/kommunikatoren
3. Koordinatoren
4. Entreprenøren

Rollerne er udtryk for sider eller elementer af 'boundary spanneren', som vedkommende kan være bedre eller mindre god til at udvise afhængig af kompetencer, viden og erfaring. Ligeledes kan 'boundary spanneren' skifte mellem rollerne alt efter situationen. Hvorvidt det kan hævdes, at rollerne i praksis flyder ind over hinanden, er et empirisk spørgsmål, men Williams har sigtet mod at lave en analytisk skelnen i sit materiale.

Netværkeren

Netværkeren (eller 'forhandleren') har forståelse for relationelle forhold og parternes gensidige afhængighed, herunder at vedligeholde relationer. Rollen kræver en evne til at overskue forskellige parter interesser, have politisk tæft og kunne udvise diplomati og forhandlingsevner samt virke overbevisende. Derudover må netværkeren have: *"the ability to manage and process information of many types, and to use that effectively through formal and informal channels of communications"* (Williams 2012:58). Heri ligger også at have mod til ikke at undgå eventuelt konfliktfyldte situationer. Disse ting tilsammen gør, at netværksrollen er en potentielt magtfuld rolle for 'boundary spanneren' i forhold til at kunne agere i tværsektorielt samarbejde.

Fortolkeren/kommunikatoren

Fortolkeren eller kommunikatoren har ligeledes en forståelse for de mange forskellige aktører, som indgår i samarbejde. I denne rolle skal 'boundary

spanneren' udvise evne til at skabe mellemmenneskelige bånd baseret på gensidige tillidsforhold og medvirke til at skabe en infrastruktur, der understøtter opbygningen af samarbejdende miljøer. Vedkommende medierer på denne måde mellem kulturer, og til dette er det centralt, at 'boundary spanneren' har forståelse for og kan anvende sprogbrugen i hver enkelt sektor.

Muligheden for at agere som fortolker eller kommunikator bygger på besiddelse af magt og tillid. Williams anvender den engelske betegnelse 'turf' for den type magt, som er væsentlig for en 'boundary spanner' at være i besiddelse af eller opnå. Denne magttype refererer til: "*the exclusive range of activities and resources that an individual actor has the right to exercise responsibility over including money, staff and professional expertise*" (2012:45). Magtpositionen kan skifte hænder under samarbejdet, og konsekvensen kan ifølge Williams være, at: "*boundary spanners trade in the currency of 'turf'*" (ibid.). Men dette skulle gerne ske på en måde, så 'boundary spanneren' undgår at komme til at udgøre en trussel for parterne og blive mødt med mistænksomhed.

Ifølge Williams' egen forskning er der 'boundary spanner', som kan bryde hierarkiet og opnå en højere status uden for egen organisation end indenfor, men prisen for dette kan være personlig isolation fra kolleger eller beskyldninger om at 'go native', hvorved man anses for ikke længere at opretholde en distance til borgeren (2012:46). I tilknytning hertil hævder Williams, at tillid er midlet til, at parterne tør åbne op og risikere noget i forhold til hinanden, og 'boundary spannerens' arbejde hviler derfor på, at vedkommende er i stand til at udvise og langsomt opbygge tillid, idet tillidsforholdet vil bidrage til en fælles meningsproces (ibid.:49). Omvendt peger Williams' arbejde ligeledes på, at manglende tillid mellem parterne (og i høj grad som individuelle personer) vil forhindre et virkningsfuldt samarbejde (ibid.:50). Det er derfor en pointe i Williams' arbejde og den måde, han opererer med begrebet tillid på, at personer, der indgår i samarbejdsrelationer, løbende tester hinanden for forudsigelighed, pålidelighed og ansvarlighed (ibid.:51).

Koordinatoren

Rollen som koordinator (hvilken jeg også vil tolke som 'relationsskaber') er tidskrævende og en logistisk udfordring, hvis alle relevante parter skal inkluderes og have en fair behandling. Dette kræver: "*effective means of communication, information sharing and decision-making processes*" (Williams 2012:52) samt evne til at navigere i et opgavelandskab, hvor man altid kan gøre mere for at forbedre funktionen, ikke mindst i relation til at opbygge formelle og uformelle netværk. Til gengæld, hævder Williams, opnår koordinatoren mulighed for at løse særlige opgaver, som kan give øget indflydelse og status, en mulighed, som

ikke findes på samme måde i mere konventionelle jobfunktioner. Koordinatorens primære kompetencer ligger i evnen til at etablere tværgående samarbejdsrelationer, effektive kommunikationskanaler og evne for netværksarbejde. En væsentlig pointe her er, at: *"being at the centre of a communication/information highway can be both rewarding and potentially powerful"* (Williams 2012:53). Det er op til den enkelte 'boundary spanner' at udnytte disse muligheder.

Entreprenøren

Entreprenøren er innovativ, kreativ og producerer nye idéer som reaktion på mødet med komplekse problemstillinger. Opportunisme, pragmatisme og risikovillighed er ligeledes betegnende for de kompetencer, der knytter sig til entreprenørrollen. Rollen afspejler et syn på offentlig forvaltning, som kalder på nytænkning i samarbejdsrelationer, hvilket betyder, at 'boundary spanneren' skal være fleksibel og parat i forhold til nye idéer og metoder (Williams 2012:53).

To forskellige typer 'boundary spanner'

Williams indkredser sin forståelse af 'boundary spanner' yderligere ved at se nærmere på grænser og grænseaktivitet. 'Boundary spanner' bevæger sig på tværs af interne og eksterne organisatoriske, professionelle og hierarkiske grænser. Grænserne er både strukturelt og socialt konstruerede, bidrager til at adskille noget fra noget andet og medfører opdelinger i eksempelvis ansvar, status og funktion. Det er karakteristisk for de fleste sociale systemer, at grænser er bevægelige, og at parterne tilskyndes til at bryde med 'silotænkning'. Men Williams pointerer, at dette ikke nødvendigvis er i tråd med ønsker fra de medarbejdere, der involveres i ændringer, og særligt grænser mellem professioner er sværere at ændre udefra: *"Professions define realities, frame problems, apply normative beliefs, generate rules and create regulatory procedures to clearly demarcate them from others. Entry to professions and the conduct of their members are strictly guarded"* (2012:31). Grænserne skaber og bibeholder en velkendt orden, inden for hvilken medarbejdere kan finde fortsat tryghed i arbejdet, hvorimod en opblødning af strukturer har et ukendt udkomme.

'Boundary spanneren' bevæger sig, ifølge Williams, inden for tre områder med grænseaktivitet; i yderområder, hvor gennemsigtigheden til den anden organisation er størst; i områder med planlagte overlap, hvor folk arbejder sammen; samt i nye grænsestrukturer, hvor mellemrum organiseres. Han eksemplificerer ikke 'boundary spannerens' ageren i de tre områder, men fokuserer i stedet på tilstedeværelsen af magtrelationer. Ulige magtforhold i

grænseområderne er uundgåelige, idet nogle skal bestemme, hvem der kan kategoriseres som hørende til på den ene eller anden side af grænsen. Parterne 'kæmper' således om, hvem der skal definere grænsen og grænseaktiviteterne, ikke mindst fordi nye grænsedragninger kan rykke ved parternes kerneopgaver. 'Boundary spanneren' bliver en del af disse magtrelationer, idet de navne, der tildeles en 'boundary spanner', illustrerer, hvilken betydningen denne tillægges. Han forsøger at indfange mangfoldigheden af navne ved at inddеле 'boundary spannerne' i to overordnede kategorier (2012:32):

a. En lille gruppe medarbejdere, hvis opgave er centreret om grænseoverskridende aktiviteter, herunder at bibeholde forbindelser til øvrige parter og mellem parternes forskellige interesser. Ifølge Williams kan disse medarbejdere befinde sig på forskellige niveauer i organisationerne, og eksempler på disse er: *"integrated care managers and health and social care coordinators"* (Williams 2012:32-33). Pointen er her ikke at forsøge at oversætte disse betegnelser til dansk, men derimod at redegøre for, at han fremhæver en lille gruppe managere og koordinører.

b. En bred og talrig medarbejderskare, som ligeledes varetager opgaver i grænselandet, men hvis opgaver varetages som en del af deres funktion som praktikere eller ledere. 'Boundary spanning' er for denne gruppe blevet en nødvendighed som følge af den organisatoriske udvikling. Williams sætter spørgsmålstegn ved, om der sker en udvanding og overflødiggørelse af 'boundary spanner-betegnelsen', såfremt flere og flere udfører grænseoverskridende aktiviteter. Eller om der omvendt er behov for at indføre en begrænsning af, hvilke medarbejdere der kan betegnes som 'boundary spannerne' (2012:33).

At Williams i sit arbejde fokuserer på disse brede kategoriseringer af 'boundary spannerne', er interessant for analysen i dette kapitel, idet jeg ved at se forløbskoordinatørerne som eksponenter for den første gruppe og samarbejdspartnerne som eksponenter for den anden gruppe undersøger, hvorvidt kategorierne kan skabe yderligere forståelse af mit datamateriale.

Forløbskoordinatoren som 'boundary spanner'

I dette afsnit vil jeg undersøge, hvad der karakteriserer forløbskoordinatoren som 'boundary spanner' (type a, jf. ovenfor). Jeg ønsker med inddragelse af Williams' rolleelementer for 'boundary spanneren' at forstå forløbskoordinatørens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Til slut diskuteres det, hvorvidt forløbskoordinatoren ud fra empirien kan betragtes som 'boundary spanner' i Williams' forstand.

Jeg tager udgangspunkt i billedet 'Vandkanden' tegnet af en forløbskoordinator. De øvrige tegninger kunne ligeledes anvendes som illustrative eksempler for analysen i dette kapitel, men 'Vandkanden' dog i særdeleshed:

Tegningen 'Vandkanden', gentaget fra kapitel 2, figur 4, større format



Forløbskoordinatorens oplevelse af egen rolle og funktion i samarbejdet er beskrevet i dette uddrag af referatet til arbejdsseminaret med koordinatore:

"Tegneren giver udtryk for at have en svær rolle som forløbskoordinator. Denne funktion er kommet hen ad vejen i kraft af forløbskoordinatoropgaver, som koordinatoren har fået tillagt sin stilling i kommunen. Koordinatoren har indtryk af, at alle parter ønsker patienten det godt, derfor er medarbejderne afbilledet som blomster. Men tegningen er karakteriseret ved meget rød, symboliseret ved mængden af blomster. Der er ligeledes nogle få tidsler omkring blomsterne, hvilket symboliserer de opfattelser, som koordinatoren oplever at blive mødt med af nogle samarbejdspartnere. Der er dog samtidig nogle ganske små blomster omkring tidslerne, og disse symboliserer situationer med en oplevelse af positive samarbejdsforhold. Tidslen er koordinatorens symbol på, hvordan hun af nogle kolleger opfattes som besværlig eller emsig, hvis hun fx synliggør mangler eller undrer sig over ventetid. Hun har oplevet eksempler på, at nogle af disse kolleger oplever hende som illoyal, når hun pointerer, at hun først og fremmest repræsenterer borgeren. Der er fx blevet stillet kritiske spørgsmål til hendes

handlinger, fordi de kan betyde, at hendes kolleger skal arbejde ekstra. Men generelt er der dog flest blomster i koordinatorens billede, og hun oplever det som en stor glæde, når det lykkes for hende at få lov til at være forløbskoordinator. Hun har en opfattelse af, at denne type personale kan hjælpe borgeren, som derved vil vokse fra spire til blomst, og hun møder taknemmelighed hos borgeren for sin indsats ... Koordinatoren fremhæver desuden nogle problematikker ved sin rolle og funktion. Dels oplever hun, at hun kommer sent ind i forløbet, ikke mindst fordi hun ikke har tid til at gøre opmærksom på forløbskoordinatorfunktionen. Hun er fx også i tvivl om, hvorvidt hun må henvise til sig selv som forløbskoordinator fra sin egen holdundervisning. Dels oplever hun, at de funktioner, som hun sidder tæt på i kommunen, volder færre problemer, end de forvaltningsdele, som hun sidder længere fra. På den måde har den geografiske nærhed betydning for hendes arbejdsmiljø og derfor også konsekvenser for, hvad hun kan udrette. Men på trods af disse problematikker konkluderer koordinatoren, at hun brænder for sit arbejde og mener, at forløbskoordinatorer gør en forskel.”

Tegningen kan tolkes på den måde, at denne forløbskoordinator snarere ser et 'ingenmandsland' end et landskab bestående af fysiske grænser. De tværsektorielle samarbejdsrelationer eksisterer som en 'rodet affære', i hvilken koordinatoren medvirker til at bringe orden. I hendes forståelse er hendes rolle blandt samarbejdspartnerne en form for stifinderfunktion, hvor hun udviser overblik og 'vander' både patienter og sundhedsprofessionelle. Hun anser forløbskoordinatorfunktionen som væsentlig, idet hun ikke skildrer en grøn have, men derimod en ørken, som normalt tørster efter vand. For at kunne se denne forståelse i relation til Williams' begreb 'boundary spanner' kan det være nyttigt her at inddrage de fire rolleopdelinger. 'Netværkeren' viser sig ved, at forløbskoordinatoren overskuer både kolleger og patienter og (som vandkande) bevæger sig mellem parterne. Hun er dog i tvivl om, hvor langt hun må bruge sin position som sundhedsprofessionel (og del af systemet) i sit netværksarbejde, idet hun fx giver udtryk for usikkerhed om, hvorvidt hun må henvise fra de sundhedshold, hvor hun underviser, når hun ikke er i sin forløbskoordinatorfunktion, og til sig selv som forløbskoordinator. Desuden anvender hun sine evner til at skabe uformelle veje for patienten, men her lader det til, at den potentielt magtfulde position, som Williams hævder, at netværkeren har, ikke er så enkel for forløbskoordinatoren at opnå. I hvert fald møder hun modstand fra sundhedsprofessionelle, som i højere grad opfatter hende som 'en af deres' (og derfor illoyal pga. konkrete handlinger) og i mindre grad som forløbskoordinator (og derved i en særlig position).

Ydermere skriver Williams, at 'boundary spanneren' som 'fortolker' og 'kommunikator' ligeledes afhænger af, om man besidder magt i form af 'turf'. Her må man tænke, at den eneste form for turf, som forløbskoordinatoren er i besiddelse af og kan forhandle med, er sin ekspertise. Men denne begrænses af,

at hun for det første oplever at komme sent ind i forløbene, hvorfor hendes handlemuligheder kan være begrænsede, og for det andet er usikker på, om hun må anvende sin sygeplejefaglighed (som 'turf'), dvs. til at få en borger videre i systemet. Ud fra denne tolkning af vandkanden, ser hun sig dog i stand til at gøde jorden for borgere og samarbejdspartnere, og hun oplever derved at medvirke til mellemmenneskelige forhold baseret på tillid. Men hendes beskrivelse af tilfældige placeringer af blomster og spirer tyder netop på den logistiske udfordring, som også Williams beskriver, er en del af koordinatorelementet for en 'boundary spanner'. Tidslernes tilstedeværelse omkring blomsterne tyder ligeledes på, at 'koordinatoren' erkender, at samarbejdspartnerne oplever, at noget kan forbedres ved forløbskoordinatorfunktionens bidrag til det tværsektorielle samarbejde. Men forløbskoordinatoren vil i 'boundary spannerens' koordinatrorolle kunne opnå øget indflydelse på borgerens forløb, såfremt hun udnytter sin sammensatte position som henholdsvis underviser på kommunens sundhedstilbud og forløbskoordinator til at rykke borgeren rundt i systemet. Dette peger derfor ligeledes på, at forløbskoordinatoren som 'entreprenør' vil være åben over for nye løsningsmodeller. Men det er ligeledes kendetegnende, at det tager tid at udbrede funktionen og skabe kendskab til fordelene ved den.

Tegningen og beskrivelsen af 'Vandkanden' er et eksempel på forløbskoordinatorens egen udlægning af sin betydning i det tværsektorielle samarbejde. Jeg har lavet en tolkning af beskrivelsen ved at tillægge forløbskoordinatoren elementer af 'boundary spanner-rolle', og her kan Williams anvendes til at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion, idet det lader til, at der er visse overlap mellem koordinatorens selv billede og Williams' udlægning af en 'boundary spanner'. Men idet samarbejdspartnerne ikke tillægger koordinatoren samme positive betydning i det tværsektorielle samarbejde, kunne det tyde på, at forløbskoordinatoren ikke udelukkende er en succesfuld 'boundary spanner-funktion'. Williams taler eksempelvis om, at 'boundary spannerne' som netværkeren: *"represent thick nodes radiating connections both within their own organisation and to and from others in a web-like or reticular fashion"* (2012:58). Her må man hævde, at nok peger empirien på, at forløbskoordinatorer kan være gode netværkere, men samarbejdspartnerne udsagn peger i retning af, at der er andre netværk, som går på tværs uden om forløbskoordinatoren. Denne tolkning kan man fx lave ved at se på samarbejdspartnerne ønsker til et fremtidigt tværsektorielt samarbejde, hvor forløbskoordinatoren ikke er nævnt (kapitel 7, figur 22). Med andre ord karakteriseres forløbskoordinatoren ikke ved den magt og indflydelse, hverken formelt eller uformelt, som Williams tillægger 'boundary spanner-rolle'.

Williams beskriver 'boundary spannerens' viden og erfaring med tværsektorielt samarbejde (2012: 65). I relation til viden drejer dette sig eksempelvis om:

1. At have kendskab til adfærd i organisationerne (med hensyn til ting som organisationsstruktur, roller og arbejdsmetoder); at kende til tiltag og processer, der er i gang på tværs af sektorerne (fx om ressourcer og ledelsesudvikling); at kende til at arbejde i teams; at være politisk bevidst (fx at have kendskab til magtforhold); samt at have viden om, hvad der driver mennesker.

I relation til erfaring handler det om:

2. At have erfaring med at arbejde sammen med mennesker, som er anderledes end én selv; at have prøvet at have forskellige organisatoriske funktioner, således at man både er i stand til at repræsentere organisationen og andre gange at antage en fritstående position; at have erfaring med at indgå i relationer med mennesker placeret på forskellige niveauer i organisationen; at have erfaring med at arbejde i teams og med forskellige teams; at have arbejdet i forskellige sektorer og derved opnået erfaring med forskellige måder at organisere sig og danne mening på.

Tegningen med forløbskoordinatoren som en vandkande kan som nævnt ses som et illustrerende eksempel og derved et generelt billede på, hvorledes forløbskoordinatorerne i afhandlingens undersøgelse forstår deres rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde, og dette peger på, at forløbskoordinatoren har både viden om og erfaring med samarbejde. Samtidig har det konsekvenser at arbejde alene blandt kolleger med andre 'kasketter' og ydermere at tilgå samarbejdet med en funktion og ikke som en etableret profession. At skulle agere inden for en given kategori som fx sygeplejerske eller læge giver rammer for arbejdet, som ikke er tilfældet for koordinatorfunktionen. Derfor står de koordinators, der opnår et fællesskab, også stærkere, hvilket understøttes af Williams omkring 'boundary spannerens' rolle og funktion (2012:73). Derudover vælger koordinators ligeledes i overvejende grad at tilgå samarbejdet via deres sygeplejefaglighed, hvor en kerneydelse er patientomsorgen og koordinering med udgangspunkt i patienten. Den konkrete patient bliver således forløbskoordinatorernes indgang til tværsektorielt samarbejde, men herved udviser de ikke, hvad Williams betegner som: *"'being able to think laterally', 'taking a holistic view', 'understanding the big picture' and 'strategic thinking'"* (2012:66). Med andre ord kan man hævde, at der er vilkår for koordinatoren, som trækker vedkommende i en anden retning end koordinering på et mere organisatorisk niveau.

I næste del af dette kapitel vil jeg analysere samarbejdspartnerne som 'boundary spanner' (type b). Dog vil jeg først kort diskutere Williams' fremstilling af 'boundary spannerens' personlighedstræk, og her inddrager jeg både forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere. Der er visse træk, som han anser for særlige for en 'boundary spanner'. Her kunne man argumentere for, at dette er

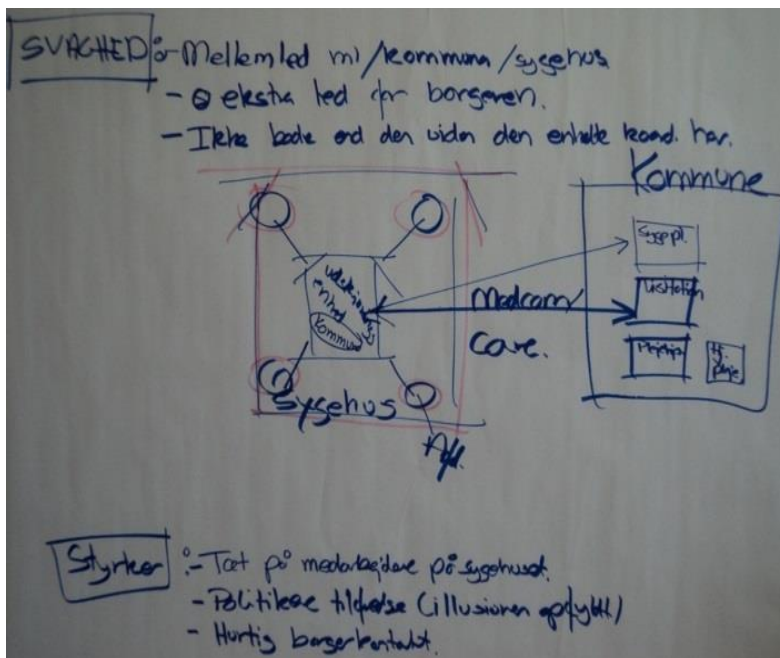
almenmenneskelige træk, som dog kan være særlig fordelagtige for en 'boundary spanner' at besidde og anvende proaktivt. I ethvert samarbejde mennesker imellem (både i og uden for egen organisation) må det anses for at være en fordel at udvise respekt, troværdighed, tilgængelighed, diplomati samt at virke positiv, entusiastisk og selvsikker i sin fremfærd (og omvendt en ulempe at være fx snæversynet, utålmodig og konfrontatorisk, jf. Williams 2012:68). Således vil disse træk også være en fordel at have for både en forløbskoordinator og samarbejdspartner for at kunne etablere, indgå i og vedligeholde tværsektorielle relationer. Her kan det tilføjes, at empirien peger på en forskel imellem koordinatorene og samarbejdspartnere, idet koordinatorene i højere grad italesætter deres personlighed ved at fremhæve, at de vil hjælpe, guide og vise omsorg for patienten til at finde vej i systemet. Når Williams således skriver, at 'boundary spanneren' skal anvende sine individuelle kompetencer og personlighed i spørgsmål om indflydelse (2012:68), vil jeg hævde, at dette ligeledes gør sig gældende for såvel forløbskoordinatorene som samarbejdspartnere. Samtidig peger empirien på, at forløbskoordinatorene som 'boundary spanner' i særlig grad har brug for deres individuelle kompetencer og evner til at inddrage egen person, idet vilkårene tilskriver dem at kæmpe for deres status i et organisatorisk miljø, hvor de primært har sig selv at læne sig op ad. Dette tydeliggøres ved det, man kunne se som koordinatorenes kreativitet og italesættelse af egne særlige styrker; nogle er særligt gode til opsøgende arbejde, nogle har særlige uddannelsesmæssige og faglige kompetencer at sætte i spil, nogle lægger vægt på at træde ud af sundhedsvæsenets fysiske rum og besøge borgeren i dennes hjem og på denne måde komme nærmere en forståelse af dennes livssituation, nogle lægger vægt på at sammensætte en rådgivning om sundhedsvæsenets muligheder og begrænsninger for den enkelte ud fra egne erfaringer og oplevelser som sundhedsprofessionel. Samarbejdspartnerne lægger ikke på samme måde vægt på at italesætte sig selv i relation til borgeren eller patienten. I stedet kan man argumentere for, at de i højere grad fremhæver generelle egenskaber i forhold til at kunne samarbejde (se kapitel 7, figur 22 for eksempler på samarbejdspartnerne konkrete ønsker).

Er samarbejdspartnerne de egentlige 'boundary spanner'?

Jeg har tidligere i kapitlet skrevet, at Williams fremhæver to hovedkategorier af 'boundary spanner'. Ligeledes har jeg undersøgt forløbskoordinatoren som eksponent for den ene type; en lille gruppe af medarbejdere, som har deres hovedfokus på tværsektorielle samarbejdsrelationer. I tilknytning hertil har jeg argumenteret for, at der dog er karakteristika ved Williams' 'boundary spanner', som det ikke er muligt for forløbskoordinatoren at opnå inden for de rammer, som denne arbejder under. Det er først og fremmest fordi, forløbskoordinatorens position er for svag i det tværsektorielle samarbejde. Derfor vender jeg i resten af

kapitlet blikket mod samarbejdspartnerne, idet jeg forstår disse som eksponenter for Williams' anden type 'boundary spannere'; den store, brede gruppe af medarbejdere, som foruden øvrige arbejdsopgaver også er involveret i tværgående samarbejde. På denne måde har også samarbejdspartnerne fået en 'stemme' i afhandlingens undersøgelse i forhold til at udtrykke deres opfattelse af forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs. Jeg anvender to tegninger lavet af samarbejdspartnerne som illustrerende eksempler. Ved at knytte forløbskoordinatoren til en parallelfunktion som udskrivningskoordinator viser den første tegning, hvorledes begge funktioner anses for at være forstyrrende elementer i de etablerede grænsedragninger:

Tegningen 'Etablering af en udskrivningsmodel på sygehuset', gentaget fra kapitel 2, figur 8.

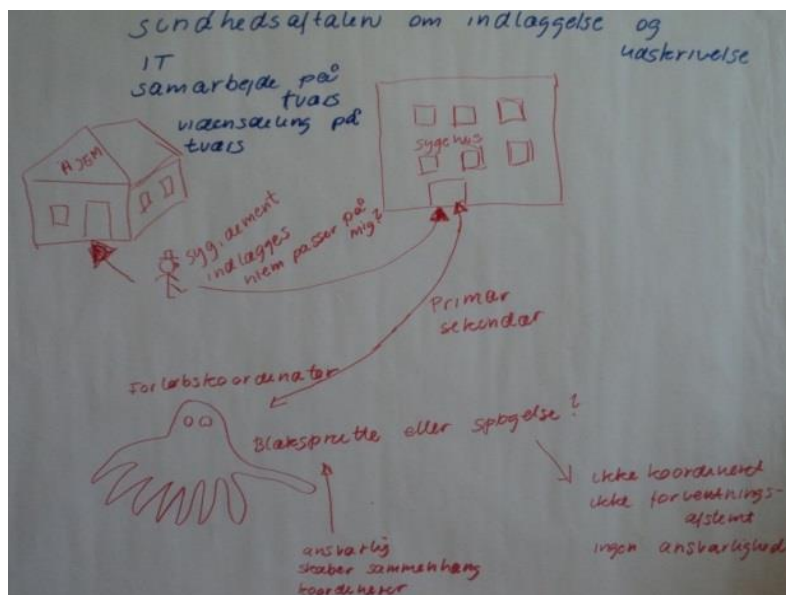


Ulemperne ved at flytte en del af en organisation over i en anden overgår fordelene herved, ifølge denne tegner, som er en erfaren kommunal medarbejder. Her er den største ulempe, at kommunikationen omkring patienten forstyrres, fordi for mange medarbejdere er 'inde over' udskrivningsforløbet. Men som tegneren ligeledes pointerer, er der dog ikke intern overensstemmelse om, hvorvidt modellen er en succes. Sygehuset hævdes at være den part, der oplever

at have færrest ulemper ved ordningen, idet det nu har mulighed for at præge den kommunale samarbejdspartner i højere grad end tidligere.

Tegning nummer to illustrerer ligeledes samarbejdspartnerne opfattelse af koordinatorene som forstyrrende elementer:

Tegningen 'Forløbskoordinatoren - blæksprutte eller spøgelse?', gentaget fra kapitel 2, figur 9, større format



Forløbskoordinatoren forvirrer med sin uklare rolle og funktion billedet af samarbejdende organisationer, ifølge en ledende medarbejder i sygehusregi. Derfor er koordinatoren afbilledet som både blæksprutte og spøgelse, og medarbejderen giver udtryk for, at samarbejdspartnerne selv bør forestå den overvejende del af det tværsektorielle samarbejde. Williams spørger meget passende, om 'vi alle er boundary spanner nu' (2012:95), og man kan i forlængelse heraf hævde, at såfremt forløbskoordinatorene i undersøgelsens empiri ikke er de bedste til at agere 'boundary spanner', er der brug for nogle andre til at gøre dette. Koordinatorene er dels afhængige af deres egne individuelle kompetencer og formåen i forhold til at opnå indflydelse i det tværsektorielle samarbejde, dels arbejder de under vilkår, som ikke understøtter og fremmer deres muligheder for at agere koordinerende i samarbejdet. Forløbskoordinatorene lader ikke til at være accepteret af samarbejdspartnerne som betydningsfulde i hovedparten af de tværsektorielle relationer, primært fordi

de ikke har magten til at sætte deres viden og erfaring igennem, og fordi de ikke har samme organisatoriske fokus som 'resten' af sundhedsvæsenet (repræsenteret ved samarbejdspartnerne). Ud fra dette kan man sætte spørgsmålstegn ved, om de er 'boundary spanner' i Williams' forstand. Hvis man derfor dels skal følge samarbejdspartnerne generelle opfattelse, dels følge Williams i hans opdeling i to typer af 'boundary spanner', må forestillingen om forløbskoordinatoren som 'den sande' 'boundary spanner' lægges væk, og i stedet må blikket rettes mod samarbejdspartnerne som grænsefigurer.

Williams beskriver, hvorledes en erkendelse af gensidig afhængighed mellem aktører for at nå organisatoriske mål får offentlige ledere (hvilket han betegner som et 'public management'-niveau) til at øge deres fokus på en dobbeltrolle i form af både intra- og interorganisatoriske samarbejdsrelationer. De gør dette med henblik på både at opnå: *"the objectives of their own organisations, and to contribute to shared policy and societal purposes"* (2012:95). Dette var ligeledes tilfældet for de samarbejdspartnerne, der deltog i undersøgelsen. Her var ikke alle ledere, men alle repræsenterede de organisationer, som ønsker at sætte deres præg på et støt voksende tværsektorielt samarbejde. Disse medarbejdere indarbejder det tværsektorielle relationsarbejde i deres palette af øvrige opgaver og bliver i Williams' forstand 'boundary spanner' (ibid.:95). Samarbejdspartnerne gav på arbejdsseminaret udtryk for fælles mål og fælles bekymringer, og deres udarbejdelse af en ønskeliste for et fremtidigt tværsektorielt samarbejde kan ses som en velvilje i forhold til at nærme sig hinanden og samtidig som konkrete behov for, at dette kan ske. Med Williams kan man hævde, at de indtager en netværkstilgang til hinanden, idet han skriver: *"Network approaches involve tackling complex problems through cooperative action, and critically, they are premised to some extent on a style of management that is different from that in classical organisations based on intraorganisational forms of management.."* og yderligere: *"Network management can be seen as inherently interorganisational and intersectoral, and network managers have pivotal boundary spanning roles to discharge"* (2012:96). Fokus for denne afhandlings undersøgelse er ikke forløbsledelse eller ledelse på tværs af sektorer, professioner og politiske niveauer, men idet jeg vælger at undersøge samarbejdspartnerne som 'boundary spanner', bliver ledelse i tværsektorielt samarbejde alligevel relevant. I min empiri bygger forskellen på forløbskoordinatorens og samarbejdspartnerne evner og muligheder som 'boundary spanner' netop på deres forskellige position, herunder deres beslutningskompetence.

På arbejdsseminaret for samarbejdspartnerne opstod der en diskussion af det tværsektorielle samarbejde, idet en sygehusrepræsentant med ledelsesbeføjelser beskrev, hvordan sygehus og kommune er engageret i et fælles projekt for en patientgruppe, som begge parter oplever, er udsat i det nuværende samarbejde mellem primær og sekundær sektor. Således engagerer parterne sig i udviklingen

af forløbskoordinering uden at involvere forløbskoordinatorer, og repræsentanten svarede i sin refleksion over dette: *"Uhm ... Næh, jeg tænker, at det er de, der står midt i det, der skal ... dem, der er allertættest på patienten inde i afdelingen, og så dem, der er ude"* (leder i sygehusregi, arbejdsseminar 2). Eksemplet illustrerer dels, hvorledes samarbejdspartnerne løser opgaver på tværs af grænser, dels viser det, at samarbejdet ikke er uden udfordringer. Williams taler netop om de usikkerheder og spændinger, som denne type 'boundary spanner' kan møde pga. parternes indbyrdes forskelligheder. Han pointerer, at 'boundary spanneren' på sin egen person kan mærke ambivalens i sin rolle, idet vedkommende både agerer 'boundary spanner' med et udadrettet fokus og samtidig har et ansvar for at varetage egen organisations interesser. Derfor peger Williams også på, at bestemte evner er fordelagtige for denne type 'boundary spanner', og at de varierer afhængig af sektor og konkret situation. Han pointerer, at disse evner til dels overlapper evner, som den første type 'boundary spanner' bør være i besiddelse af (ikke mindst at have evnen til at lytte, inkludere og vise storsind), men at en væsentlig forskel er evnen til at opnå indflydelse og magt. Den første gruppe er ikke i besiddelse af fx beslutningskompetencer over for medarbejdere og ressourcer, men de har til gengæld heller ikke så stort et ansvar internt i organisationen og forlader ikke på samme måde her en sikker position og vej til status (ibid.:98-100).

Delkonklusion

Jeg har i dette analysekapitel beskæftiget mig med Williams' begreb 'boundary spanner', og jeg har redegjort for hans opdeling i to forskellige typer. Jeg har i udgangspunktet set forløbskoordinatorer og samarbejdspartnerne som eksponenter for hver sin type: koordinatorerne som den lille og med Williams' ord 'dedikerede' gruppe (gruppe a) og samarbejdspartnerne som den store, brede gruppe, der har inddraget 'boundary spanning-rollen' i det øvrige arbejde, og som tilgår det tværsektorielle samarbejde ud fra deres etablerede position i de respektive organisationer (gruppe b). Williams taler ikke for enten-eller i forhold til de to typer af 'boundary spanner', men han gør opmærksom på forskellen mellem at anvende en lille dedikeret gruppe medarbejdere og en stor, bred gruppe, hvis hovedfokus ikke ligger på tværsektorielt samarbejde. Han advarer mod en udvanding af begrebet, hvis mange skal agere 'boundary spanner'. I relation til empirien kan man sige, at baggrunden for at introducere forløbskoordinatorer var, at samarbejdspartnerne ikke løste alle tværsektorielle problemstillinger. Der skulle koordinatorer til. Dog peger min analyse på, at samtidig med at forløbskoordinatorerne har elementer fra 'boundary spanner-rollerne' – netværkeren, fortolkeren/kommunikatoren, koordinatoren og entreprenøren – har de inden for den nuværende struktur ikke samme muligheder for at agere i forhold til Williams' karakteristik af den første type 'boundary

spanner'. Derfor har jeg argumenteret for, at man må lægge forestillingen om forløbskoordinatorerne som de 'sande' 'boundary spannere' væk og i stedet vende blikket mod samarbejdspartnerne som de 'egentlige' 'boundary spannere' i undersøgelsen. Dette er et analytisk greb og skal ikke forstås som vægtning af den ene type i forhold til den anden, men snarere som et ønske om at forstå min empiri ud fra Williams' begrebsverden. Williams er således frugtbar i min undersøgelse, fordi han bidrager til at kaste lys over nogle forståelser af forløbskoordinatorer og samarbejdspartnere som aktører i grænseflader.

KAPITEL 9: AFHANDLINGENS HOVEDKONKLUSIONER

Indledning

Denne afhandlings ambition har været, ud fra en nordjysk empiri, at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Med 'sektorer' har jeg forstået hospital, kommune og almen praksis, og om 'samarbejde på tværs' har jeg andet steds i afhandlingen ligeledes anvendt betegnelser som 'tværsektorielt samarbejde', 'et sammenhængende sundhedsvæsen' og 'på tværs i sundhedsvæsenet'. Jeg har peget på et underbelyst område, som jeg har undersøgt med et fænomenologisk og konstruktivistisk mikro-blik, idet jeg for det første har givet forløbskoordinatorerne en stemme, og for det andet inddraget potentielle samarbejdspartneres forståelser. Afhandlingen bryder i disse to step empirisk nyt land ved at undersøge en koordinationsmekanisme, der fra officiel side flere steder har været anset som 'verdens frelse' i tværsektorielt samarbejde. Jeg har tegnet et mere detaljeret billede af denne forståelse. Som det sidste har jeg suppleret den empirisk funderede viden med tre teoretiske optikker.

I undersøgelsens åbne og eksplorative udgangspunkt er der anvendt flere supplerende metodiske tilgange, men der er lagt særlig vægt på udvidede fokusgruppeinterviews med form som daglange arbejdsseminarer. Ét for koordinatore og ét for potentielle samarbejdspartnere. Seminarerne har fulgt samme forløb og indeholdt som det centrale en seance med tegning, fremlæggelse og diskussion af deltagernes erfaringer med og opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Efterfølgende er der arbejdet med to analysedele, hvoraf første del har fulgt en åben tematisk tilgang til det empiriske materiale med udgangspunkt i en deskriptiv analytisk tilgang. Anden analysedel har givet tre teoretiske blikke (optikker) på det empiriske materiale, og jeg har undersøgt forløbskoordinatorens rolle og funktion ud fra henholdsvis et frontmedarbejderperspektiv, et rolleperspektiv samt et grænsefladeperspektiv ('boundary spanning').

Jeg vil i dette afsluttende kapitel beskæftige mig med afhandlingens analytiske pointer og implikationer med henblik på at besvare det overordnede forskningsspørgsmål, der lyder således:

Hvorledes kan man forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer?

Samt de to underspørgsmål:

1. *Hvorledes opfatter forløbskoordinatorerne og deres samarbejdspartnere forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet?*
2. *Hvorledes kan tre udvalgte teoretiske optikker bidrage til yderligere at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion?*

Hovedpointer og implikationer

De første fire afsnit relaterer sig til underspørgsmål 1.

Betydninger af forløbskoordinatoren som en særlig størrelse. I kapitel tre skriver jeg, at forløbskoordinatoren i egen selvforståelse repræsenterer en særlig 'angrebsvinkel' på de problematikker, som nogle borgere kan møde i kontakten med kommune, hospital og almen praksis. Denne selvforståelse har implikationer for koordinatorens rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde. Det kommer til at betyde, at forløbskoordinatoren kan forstås som en fagperson, der kan (og skal) bevæge sig ud over eller udvide sin egen faglighed med en organisatorisk tænkning. Som forstår at anvende muligheden for, med en insiders blik, at betragte sundhedsvæsenet til fordel for borgeren. Men det betyder samtidig også, at forløbskoordinatoren står i et dilemma, idet analysen peger på, at koordinatoren i højere grad kan relatere sig til samarbejdspartnerne, end det omvendt er tilfældet.

Forløbskoordinatorens rolle og funktion handler om synlighed, positionering og tilknytning. De koordinatore, som har medvirket i undersøgelsen, har været afhængige af at blive 'set' af kolleger og øvrige samarbejdspartnere. Derfor taler de om at skabe en tydeligere profil, som kan give omgivelserne en større forståelse af, hvilke opgaver og målgrupper, man som koordinator kan tage sig af. Flere giver udtryk for, at dette er en tidsmæssig proces. Der er dog også en anden måde at opnå synlighed som koordinator på, og det er ved aktivt at arbejde for at blive synlig. Nogle koordinatore har skullet arbejde mere for at opnå henvendelser, og flere af disse har anvendt forskellige former for brandingstrategier. Således peger afhandlingen på, at forløbskoordinatorens rolle og funktion skal forstås ud fra, i hvor høj grad koordinatoren formår og formås at blive synlig for potentielle samarbejdspartnere og således blive tænkt ind i daglig rutine og samarbejdspraksis. Evne til at skabe (og muligheden for at opnå) synlighed hænger sammen med koordinatorens positionering, med hvilket jeg mener at skabe eller opnå en anvendelig position som koordinator i forhold til at kunne agere koordinerende. Her oplever nogle koordinatore at komme til kort, eksempelvis i relation til hvilken grad af indflydelse de selv forventer at kunne

have på det tværsektorielle samarbejde. Hvis man spørger disse koordinatore, betyder dette, at man kan forstå koordinatoren som en funktion, der ikke bliver anvendt i den udstrækning, den kunne. Forløbskoordinatorens rolle og funktion skal ligeledes forstås ud fra et behov for tilknytning. Koordinatoren har behov for at være fysisk til stede der, hvor koordineringen sker og i forhold til at blive accepteret af andre som en fagperson, der indgår i koordineringsarbejdet i kraft af sin rolle og funktion som koordinator.

Forløbskoordinatoren kan ikke forstås som 'Guds gave til sundhedsvæsenet'. Afhandlingen peger på, at citatet nævnt i indledningen af den tidligere sundhedsminister må blødes op. Forløbskoordinatoren er på flere områder udfordret i forhold til at være bidrager i tværsektorielt samarbejde. Ifølge koordinatorene selv, er koordinatorfunktionen en ny funktion, som ikke er rodfæstet hos samarbejdspartnerne, og det er ligeledes en rolle og funktion, som kan være vanskelig også for koordinatoren selv at forholde sig til. Hos samarbejdspartnerne i undersøgelsen er der overordnet en opfattelse af forløbskoordinatoren som noget forstyrrende 'ekstra' i samarbejdet. Man ønsker for det første ikke, at fokus flyttes fra et overordnet systemniveau til et mikroniveau. For det andet lægger man vægt på, at man selv ønsker at stå for den koordinering, der foretages 'tæt på patienten'. Hertil kan man påpege, at der overordnet blandt samarbejdspartnerne er konsensus om en lille patientgruppe med særligt vanskelige problemstillinger af fx psykisk eller misbrugsmæssig karakter, som kunne have gavn af tilknytning til en forløbskoordinator.

Forløbskoordinatoren konstrueres forskelligt. Jeg har i afhandlingen peget på, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde kan forstås ud fra to modsatrettede syn. Jeg har forstået disse forskellige syn som konstruktioner af koordinatoren, og jeg har foretaget en analytisk skelnen mellem forløbskoordinatoren konstrueret ud fra et mulighedsperspektiv og et begrænsningsperspektiv. I mulighedsperspektivet anses koordinatoren for en fagperson i en unik position, idet koordinatoren er kender af det organisatoriske og sundhedsfaglige væsen og samtidig besidder en rolle, som er anderledes end øvrige kolleger og samarbejdspartneres. Dette kunne åbne op for nye måder at manøvrere på i sundhedsvæsenet. Ud fra et begrænsningsperspektiv erfares koordinatoren derimod som hæmmet og begrænset i sin udfoldelse af koordinatorfunktionen netop pga. den unikke position. Dette perspektiv åbner ikke op for forløbskoordinatoren som koordineringsmekanisme på tværs i sundhedsvæsenet. Afhængig af perspektivet, der lægges, kan forløbskoordinatorens rolle og funktion således forstås som enten integrativ eller disintegrativ (eller som en gradbøjning heraf).

Den næste del af kapitlet relaterer sig til en besvarelse af underspørgsmål to i det overordnede forskningsspørgsmål. Jeg har hidtil behandlet de tre teoretiske analyseoptikker hver for sig i, hvad man kunne betegne som en

udfyldningsstrategi, hvor optikkerne henholdsvis supplerer og understøtter hinanden. Hovedpointen i første optik er, at forløbskoordinatoren af samarbejdspartnerne ikke indtænkes i dag til dag-rutiner. Dette suppleres i optik to ved, at budskabet her ikke er, at koordinatoren ikke indregnes, men at vedkommende kategoriseres som en internt koordinerende funktion. Denne pointe understøttes af den tredje optik, som problematiserer forløbskoordinatoren som 'boundary spanner', og herunder peger på betydningen af samarbejdspartnerne som 'boundary spannere'.

Forløbskoordinatoren kan forstås som en sammensætning af to fortællinger, men analysen peger på, at koordinatoren kommer til at repræsentere den ene mere end den anden. Med inspiration i Lipskys (2010) klassiske arbejde har jeg i den første af tre teoretiske optikker analyseret det empiriske materiale ud fra et frontmedarbejderperspektiv. Frontmedarbejderen udgør 'fronten' i en organisation, og er på den måde vendt ud mod omverdenen. Medarbejderen fungerer som organisationens repræsentant, men har samtidig en individuel skønsmulighed, som kan anvendes i større eller mindre grad afhængig af den konkrete situation. Jeg har i analysen argumenteret for, at man kan forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde ud fra et syn på koordinatoren som en særlig frontmedarbejder, idet jeg har peget på, at koordinatorene i undersøgelsen ser det som sin rolle at danne en tæt relation til borgeren. En sådan er i koordinatorenes øjne oftest ikke muligt for øvrige fagpersoner at danne og endnu mindre at opretholde. Jeg har betegnet relationen et 'menneskeforhold' og forløbskoordinatoren som en 'caregiver'. Man kunne overveje, om forløbskoordinatoren ved at fremhæve en særlig en til en- relation her gør krav på en mere 'autentisk' relation til borgeren som modvægt til, hvad der kan opfattes som, et stadigt mere effektivitetsorienteret sundhedsvæsen med 'accelerede forløb' og hurtige kontakter. Jeg går dog ikke mere ind i denne overvejelse her.

Koordinatorernes opfattelse kan man ligeledes se i sammenhæng med en tidligere pointe omhandlende konstruktioner af forløbskoordinatoren, idet der i synet på forløbskoordinatoren som en særlig frontmedarbejder underliggende argumenteres for et mulighedsperspektiv. Men også i en Lipsky inspireret analyse opstår der begrænsninger for forløbskoordinatoren som særlig frontmedarbejder. For det første er koordinatoren i kraft af den grænsekrydsende hensigt med funktionen i et krydspres fra flere organisationer og må bevæge sig i et farvand af forskellige og forholdsmæssigt langt stærkere interesser. For det andet kan man med analysen pege på, at koordinatorene, i deres særlige position, kommer til at danne modposition til sundhedsvæsenets øvrige positioner. Jeg har med Maynard-Moody og Musheno (2000) forstået forløbskoordinatorens rolle og funktion som udtryk for en borger-agent fortælling. Det betyder ikke, at dette er koordinatorens eneste fortælling, idet

koordinatorerne i undersøgelsen overordnet ønsker indflydelse på det tværsektorielle samarbejde, men den bliver den dominerende fortælling for dem.

Forløbskoordinatoren befinder sig i et spændingsfelt, hvor koordinatorrollen defineres af samarbejdspartnerne og samtidig er definerbar af koordinatorene selv. I anden teoretiske analyseoptik beskæftiger jeg mig på ny med koordinatorenes behov for synlighed omkring deres rolle såvel som deres behov for at bevare en fleksibel funktion. Jeg anvender Berger og Luckmanns samfundsteori, og peger i analysen på, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde kan forstås ud fra en forskel i virkelighedsopfattelse (dvs. i tilgang til sundhedsvæsenet og brugerne af dette) mellem koordinatore og samarbejdspartnere. For samarbejdspartnerne sker en legitimering af koordinatorrollen som en internt koordinerende funktion, mens koordinatorrollen for hovedparten af koordinatorene er eller forventes at være en synlig rolle internt i egen organisation såvel som på tværs. På samme måde er der en gensidig anerkendelse og accept blandt parterne om fleksibilitet i udøvelsen af koordinatorfunktionen, men her er der igen for samarbejdspartnerne tale om fleksibilitet indenfor egen sektor. I dette skisma af modsatrettede forståelser vanskeliggøres koordinatorens koordinerende opgave, hvad enten det er som støtte for borgeren i kontakten til sygehusambulatorier, kommunale forvaltninger, egen praktiserende læge, eller det er i et forsøg på at agere som en selvstændig part på et organisatorisk plan i det tværsektorielle samarbejde, hvilket jeg tidligere har tolket er et ønske ud fra deres ønskeliste (se figur 18, kapitel 7).

Koordinatorer og samarbejdspartnere som 'boundary spanner'? I den tredje og sidste analyseoptik undersøger jeg forløbskoordinatorene som 'boundary spanner'. Williams (2012) ser en mangfoldighed af betydninger i betegnelsen, og han foretager derfor en analytisk skelnen mellem to overordnede kategorier: 'boundary spanneren' som en lille dedikeret gruppe af medarbejdere, hvis hovedfokus er opgaver på tværs, samt en større og bredere gruppe, som i deres øvrige arbejdsopgaver ser fordele i at medvirke i grænsefladeaktiviteter. Ifølge Williams er der behov for begge typer af 'boundary spanner', og jeg peger indledende på, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde kan forstås ud fra en forståelse af koordinatoren som repræsentant for den første gruppe og i forlængelse heraf samarbejdspartnerne som repræsentanter for gruppe to. I dette perspektiv åbnes op for mulighederne ved forløbskoordinatorfunktionen, idet koordinatorens personlige værdier, viden, erfaring og kompetencer her tillægges en værdi og særlig betydning for opbygning af samarbejdet. Som analysen skrider frem sætter jeg dog spørgsmålstegn ved premissen om, at forløbskoordinatorene i deres nuværende position generelt kan betegnes som 'boundary spanner'. I Williams' forstand har 'boundary spanner' et andet og større spillerum, bl.a. som følge af større anseelse og status i egen organisation og blandt samarbejdspartnerne. Derfor er en

analyse af forløbskoordinatoren som 'boundary spanner' medvirkende til at flytte fokus til Williams gruppe nummer to, dvs. til den store og brede gruppe af 'boundary spannere', og herved pege på betydningen af samarbejdspartnerne som 'boundary spannere'.

Foreløbig opsummering

Afhandlingen indeholder et overordnet forskningsspørgsmål samt to underspørgsmål. Som et kortfattet svar på underspørgsmål ét er hovedtolkningen, at forløbskoordinatoren, i sin nuværende rolle og funktion, ikke opfattes som en medarbejder, der koordinerer på tværs i sundhedsvæsenet. Koordinatorerne selv såvel som deres samarbejdspartnere udtrykker derimod, at de først og fremmest har en rolle som støttefunktion og tryghedsskaber for patienten. Denne udlægning understøttes af et universitetsspeciale, hvilket jeg har belyst i afhandlingen. Ydermere understøttes udlægningen af afhandlingens tre teoretiske analyseoptikker. Som et kortfattet svar på underspørgsmål to konkluderes i den første teoretiske analyseoptik, at forløbskoordinatoren bliver 'frontløs' i det tværsektorielle samarbejde, idet vedkommende ikke tænkes ind i dag til dagrutiner blandt samarbejdspartnerne. I forlængelse heraf har jeg argumenteret for, at forløbskoordinatorens rolle og funktion kan forstås som en del af en 'borger-agent fortælling'. Derved kommer koordinatoren til at stå i modsætning til samarbejdspartnerne, der ses som en del af en 'stat-agent fortælling'. Anden teoretiske analyseoptik peger på forløbskoordinatoren som en 'internt koordinerende funktion'. Begge analyser understøttes af afhandlingens tredje teoretiske optik, hvis analytiske pointe er en problematisering af forløbskoordinatoren som 'boundary spanner'.

Efter nu at have forholdt mig til de to underspørgsmål i problemstillingen, vil jeg i det næste supplere denne mere skematiske konklusion med refleksioner over de konstruktioner af koordinatorrollen, der er udviklet gennem afhandlingen.

Konstruktioner af koordinatorrollen udviklet gennem afhandlingen

Jeg indledte afhandlingen med en karakteristik af debatten om forløbskoordinatorernes rolle og funktion som præget af henholdsvis skeptiske og positive røster. Til det samfundsmæssige ideal om, at der bliver skabt en bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet mener nogle, at forløbskoordinatorer er løsningen, mens andre hævder, at etablering af en koordinatorrolle vil tilføre systemet et unødvendigt ekstra koordinerende lag. Afhandlingen viser, at når forløbskoordinatorer derfor søges integreret i sundhedsvæsenet, vil modsatrettede forståelser af koordinatorrollen bevirke, at deres funktion bliver præget af dilemmaer og paradokser. Forløbskoordinatorerne giver eksempelvis

udtryk for, at det er en fordel med en åben og fleksibel funktion, idet denne kan tilpasses en lokal virkelighed og ligeledes åbne for, at koordinatorene kan tilbyde at arbejde for patienten ud fra en alternativ vinkel i en kombination af sygeplejefaglighed og egne personlige og faglige kompetencer. Samtidig kan fleksibiliteten dog også være en hæmsko, idet koordinatorene er afhængig af genkendelighed for at kunne skabe sig en position, et patientgrundlag og et arbejdsfællesskab. Et andet eksempel er det, at koordinatorene lettere kan relatere sig til samarbejdspartnerne, mens disse til gengæld har sværere ved at forholde sig til koordinatorene. Dette kan umiddelbart forekomme paradoksalt, og jeg vil uddybe det nærmere i det nedenstående.

De omtalte modsatrettede forståelser knytter sig til forskelle i opfattelse af forløbskoordinering kombineret med den måde, sundhedsvæsenet er indrettet på. Først og fremmest er det vanskeligt for alle involverede at gøre sig gældende som part i det organiserede sundhedssystems ofte benhårde beslutningsprocesser om patientforløb, som går på tværs af professioner, sektorer samt organisatoriske - og politiske niveauer. Forløbskoordinatoren har ikke på forhånd fået tildelt magt og indflydelse, og samarbejdspartnerne bidrager til at holde dem ude af samarbejdet ved at konstruere koordinatorrollen som en hovedsageligt intern koordinerende rolle. I dette miljø bliver det et spørgsmål om, hvordan koordinatorene individuelt forvalter deres rolle og funktion, det vil sige, hvorvidt de dels ønsker, dels evner at bevæge sig ud over de kendte rammer for sygeplejefunktionen og mod en mere aktiv organisatorisk tænkning. Overordnet gælder, at de oplever at have et klart formål og en mission overfor patienten i en en til en-relation. Men her tænker de forløbskoordinering som et forhold til patienten på et mikroniveau eller som koordinering af en afgrænset del af patientforløb, mens samarbejdspartnerne er en mere differentieret gruppe, der tænker vertikalt såvel som horisontalt om koordinerende aktivitet.

I forestillingerne om koordinatoren som en kommunal medarbejder eller patientens guide og støtte, konstrueres koordinatorrollen som *integrativ*, idet forløbskoordinatoren bidrager til at integrere patienten bedre i sit forløb. Lipskys (2010) begreb om *frontmedarbejderen* inspirerer her som parallelbegreb til integratorrollen, idet forløbskoordinatoren har front mod patienten/borgeren. Bagsiden af rollen som integrator på patientniveau er dog, at samarbejdspartnerne tænker af forløbskoordinering tenderer til at konstruere forløbskoordinatoren som *disintegrativ* for det tværsektorielle samarbejde, særligt hvis man indtænker ovenstående bekymring om funktionen som et ekstra koordinerende lag. Med Lipsky har jeg derfor peget på koordinatorrollen som *frontløs* i det tværsektorielle samarbejde, idet krydspreset ændrer sig for koordinatorene, så længe de primært relaterer sig til den ene part. Heraf følger ligeledes, at koordinatorene i integratorrollen forstår sig selv som *medvirkere* til at skabe bedre sammenhæng, modsat deres selvforståelse i den disintegrative rolle som *beskuere* af samarbejdet. Selv på det operationelle niveau kan man

hævde, at koordinatorrollen af hovedparten af samarbejdspartnerne konstrueres som disintegrativ - her i betydningen forstyrrende -, hvis man ser det ud fra måden sundhedsvæsenet er opbygget på. For samarbejdspartnerne er det vanskeligt at integrere en *funktion*, som ikke først og fremmest er begrundet i en sundhedsfaglig *profession*. Heraf kommer forløbskoordinatorernes splittelse mellem *fleksibilitet* i funktionen og *formalisering* af rollen, hvilket er nævnt ovenfor. Ligeledes vanskeliggøres selve personificeringen af forløbskoordinatorrollen så længe den dominerende forståelse af forløbskoordinering i stedet handler om koordinerende mekanismer i den eksisterende praksis.

Der er dog i analyserne ligeledes ting, der peger på en vis opblødning af modsætningsparrene. To eksempler skal fremhæves. Det første eksempel er Maynard-Moody og Musheno (2000), der taler om, at modsætningen mellem *borger-agent fortællingen* og *stat-agent fortællingen* er en tilsyneladende modsætning. Forløbskoordinatorerne er stadig repræsentanter for sundhedssystemet, selv om de i deres egen selvforståelse og ud fra samarbejdspartnerne opfattelse har en særlig relation til en gruppe af patienter. Tilstedeværelsen af en dobbeltrolle hos ansatte i organisationer, der samarbejder på tværs (hos Lipsky i form af krydspresset og hos Williams i spørgsmålet om, vi alle nu er 'boundary spanner'), bliver dog særligt tydeligt i koordinatorrollen. Det andet eksempel er Jensen og Sørensen (2013), der taler om rolledannelse som en proces, hvor kategoriseringen af, hvem der er *rollemager* og *rolletager* ikke altid entydig. I stedet handler det om, hvorledes koordinatorerne forvalter muligheder såvel som begrænsninger, idet de både påtager sig og får tildelt roller. På denne baggrund kan man argumentere for, at der i opblødningen af modsætningsparrene ligger en forståelse af et handlerum for koordinatorerne. Med teoretiske øjne får aktørerne mulighed for at påvirke og handle indenfor de strukturer, de er underlagt og som i vid udstrækning er dominerende.

Denne afsluttende sætning fører over i den resterende del af kapitlet, hvor jeg giver refleksioner, som går på tværs af de teoretiske optikker og bidrager til yderligere at forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion.

Refleksioner på tværs af de teoretiske bud

Jeg søger her kort at indkredse og pege på en udvikling af afhandlingens rollebegreb. I al ydmyghed er der dog ikke tale om regulær teoriudvikling, men alene om ansatser hertil.

Forløbskoordinatoren i relation til struktur og idé

Som allerede tidligere beskrevet i afhandlingen tager Williams udgangspunkt i en dikotomi mellem den individuelle aktør og et systemniveau. Hertil bringer han yderligere en akse, idéaksen. Formålet med denne er at inddrage og illustrere den brede samfundsmæssige kontekst, som har betydning i hans forskning. Man kan se på elementerne hver for sig, men Williams pointerer, at samspillet mellem dem: *"offers a comprehensive and integrated framework for analysing policy design and implementation"* (2012:34). Han fremhæver, at strukturen både kan virke fremmende og samtidig begrænsende, hvilket netop er det, forløbskoordinatorene i empirien oplever, når de ser, at de har gavn af at have en klarere defineret rolle (idet den skaber synlighed), men samtidig oplever, at de alligevel har behov for fleksibilitet i funktionen (til at orientere sig mod patienten, advokere på dennes vegne og tilpasse indholdet i relationen). I Williams' optik kan man ligeledes sige, at koordinatorene skaber mening for patienten mellem idéen om et sammenhængende sundhedsvæsen og de forskellige interesser, som de ser repræsenteret i de relationer, som de indgår i. Herved bliver det komplekse sundhedsvæsen tryktere for patienten at navigere i.

I Lipskys verden betyder dette, at koordinatorene tolker på de regler og procedurer, som organisationerne etablerer som følge af Sundhedsstyrelsens programål og befolkningens ønsker. Herved kan man hævde, at modellen agent-struktur-idé ligeledes er indlejret i Lipskys forskning. Denne position genfindes hos Jæger, når hun taler om roller som strukturer. Aktørerne kan påvirke strukturerne og bidrage til at udvikle deres egen rolle igennem deres håndtering af rollen, men det påpeges, at såfremt *"selve rollen skal ændres, kræver det også ændringer i de kollektive diskurser, som rollerne er hægtet op på"* (2003:274). Herved ses sammenhængen mellem aktør, den omgivende struktur og en samfundsmæssig kontekst.

To modsatrettede syn på forløbskoordinatorens rolle og funktion

Winter og Lehmann Nielsen kan ligeledes placeres i en debat om aktør- og strukturpositioner, idet de i en diskussion af bevæggrunde for markarbejders adfærd i en organisation introducerer en skelnen mellem to syn, som går tilbage til 1970'erne: 'organisation uden mennesker' (dvs. strukturafhængig adfærd) og 'mennesker uden organisation' (aktørafhængig adfærd) (2008:136-138). Om det første syn skriver de: *"institutionerne fungerer som regulerings-, socialiserings- og fortolkningsmekanismer, der betinger individets adfærd"* (Winter & Lehmann Nielsen 2008:138), hvorimod der for det andet syn er tale om følgende: *"Væsentligst for vedkommendes adfærd er individkarakteristika forstået som dels prægning i barndom og ungdom – dvs. ens uddannelsesmæssige og sociale*

baggrund – dels personlige karakteristika som fx køn og alder” (ibid.). Det er selve styrkeforholdet mellem strukturelle og aktøraftængige faktorer, som forskningsmæssigt er interessant (ibid.:140). Uden dog at gå nærmere ind i Winter og Lehmann Nielsen på dette punkt vil jeg hævde, at deres skelnen netop understøtter den analytiske pointe i afhandlingen om to fortællinger om forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde, nemlig borger-agent fortællingen og stat-agent fortællingen.

Lipsky skriver om de institutionelle rammers betydning for frontmedarbejderen, at en følge af det organisatoriske pres på medarbejderen, fx en stor sagsbyrde, med deraf følgende behov for at simplificere og forenkle opgaverne kan bevirke, at medarbejderen danner stereotype forestillinger om borgerne (2010:115). Her vil jeg hævde, at Lipsky er på linje med Berger og Luckmanns pointe om, at roller institutionaliseres. Begge taler om rutinemæssig praksis, men Lipsky kommenterer dog yderligere, at medarbejderen kan kompensere for standardiseringen ved over for den enkelte borger at bøje reglerne (2010:133). Denne mulighed eksisterer ikke i Berger og Luckmanns optik, hvor rutinerne bidrager til at kategorisere mennesker, og i stedet for at bøje reglerne integreres hovedparten af de divergerende 'virkelighedsopfattelser' i den eksisterende sociale orden.

Borgeren transformeres ligeledes i mødet med institutionelle rammer og bliver til det, som Lipsky betegner 'kategoriske enheder' (2010:59). På samme måde som forløbskoordinatoren i samarbejdspartners opfattelse passer ind i en typificeret rolle som 'den erfarne sygeplejerske' eller 'kommunale medarbejder' (og derved bliver en genkendelig del af den sociale orden, dvs. samarbejdspartners etablerede billede af tværsektorielle samarbejdsrelationer), transformeres borgeren i Lipskys optik fra borger til klient.

Jeg anvender Berger og Luckmann til at undersøge koordinatorrollen, men primært den del af rollen, som handler om relationen mellem koordinator og samarbejdspartner. Herved berører jeg ikke den del af rollen, som relaterer sig til borgeren. Men med Lipsky kan man netop forstå, at også borgeren transformeres i institutionelle møder, og empirien i afhandlingen peger på, at også forløbskoordinatoren tager del i dette, således at begge parter konstrueres i interaktionen. Jeg pointerer med støtte i Lipsky, at forløbskoordinatorens fleksibilitet i forhold til opgavens varetagelse (frontmedarbejderens skønsmulighed) giver koordinatoren kontrol over borgeren (2010:61). Men hertil peger analysen samtidig på, at borgeren ligeledes øver indflydelse på forløbskoordinatoren, eksempelvis ved den måde, hvorpå borgeren fremstiller sig selv og som kan give koordinatoren anledning til fx at opfatte vedkommende som en person, der 'skal hjælpes' eller tales til med både 'hjerne og hjerte'.

Specialist eller lappeløsning?

Forløbskoordinatoren betragtes i empirien skiftevis som en specialist med særlige kompetencer til at sikre sammenhæng for borgeren og som en lappeløsning. Sidstnævnte fordi der i et velfungerende sundhedsvæsen ikke burde være brug for ydeligere personer til at koordinere. Denne diskussion kan man genfinde på et teoretisk niveau. Lipsky kan tages til indtægt for begge positioner, idet jeg i hans arbejde finder støtte til både specialistmodellen og lappeløsningsmodellen. Specialistbetegnelsen får hos Lipsky en særlig klang. Der er tale om en medarbejder, til hvilken kolleger kan henvise vanskelige borgere (2010:133-134). I en positiv udlægning af dette vil denne type specialist kunne anvendes på empirien i form af forløbskoordinatoren som en hjælpefunktion, en specialist, som tager sig af de svageste patienter, hvor systemet ikke kan gøre mere. I en negativ udlægning vil specialisten finde anvendelse som 'fejebakke', fordi systemet ikke ønsker at gøre mere. Herved parkeres mindre betydningsfulde eller mere besværlige borgere på sidelinjen (ibid.:135), og forløbskoordinatoren bliver da en måde at bibeholde status quo, idet systemet ikke behøver at ændre noget ved den eksisterende koordinerings- og samarbejdspraksis.

Specialisering er i Lipskys øjne i udgangspunktet en positiv ting for frontmedarbejderen, idet det tager en del af arbejdspresset, at hver person ikke forventes at vide alt. Men, som han ligeledes pointerer, ligger der en fare i, at specialiseringen kan føre til, at medarbejdere ikke længere stræber efter at kunne mere, idet ansvaret nu er lagt over på nogle andre (2010:146-147). Det empiriske modsvar til denne udlægning kan dog ifølge samarbejdspartnerne være, at de er i gang med adfærdssændringer og ønsker at få lov til at arbejde videre med disse (kommentar fra leder i sygehusregi på arbejdsseminar 2), eller at de gerne vil gøre mere for den svageste gruppe, men at de så har behov for accept af, at der er andre grupper, som de så ikke ser så ofte i konsultationen (kommentar fra alment praktiserende læge, arbejdsseminar 2).

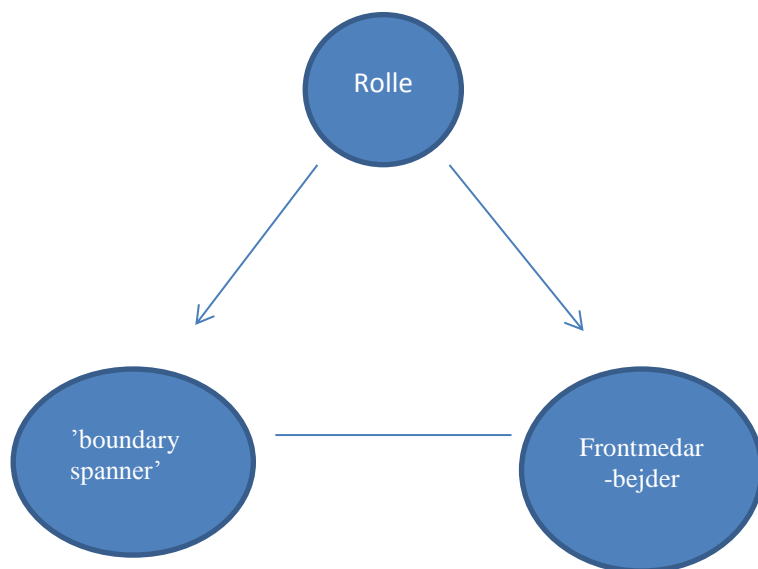
Med Berger og Luckmann kan man hævde, at forløbskoordinatoren ikke bliver betragtet som en specialist (men i stedet henføres til en rolle som intern koordinator), ej heller dog som en lappeløsning, idet typificeringsprocessen modvirker, at koordinatoren deltager i tværsektorielle relationer.

Med Williams vil 'boundary spanneren' netop være at betragte som specialisten og netop også som den medarbejder, der tager sig af borgere, som risikerer at falde igennem. Det er blot ikke det, der er spørgsmålet her, idet forløbskoordinatoren vanskeligt falder inden for 'boundary spannerbetegnelsen', som det ser ud i analysen.

Et kombinationsperspektiv - 'boundary spanneren' som frontmedarbejder

Jeg har med Berger og Luckmann analyseret forløbskoordinatoren som en institutionaliseret rolle. Et kombinationsperspektiv på forløbskoordinatoren som henholdsvis 'boundary spanner' og frontmedarbejder, og hvor 'rolle' fungerer som et overordnet begreb, kan imidlertid også være interessant, og kunne illustreres således:

Figur 24. Kombinationsperspektiv af 'rolle'-'boundary-spanner'-frontmedarbejder'



Der er flere punkter, man kan fremhæve som interessante i forhold til at se 'boundary spanneren' i Lipskys frontmedarbejderperspektiv. Til en start kan man pege på, at Williams (2012:120,123) giver udtryk for det samme, som Lipsky pointerer, nemlig nødvendigheden af at kende mere til medarbejderens arbejde og understøtte dennes muligheder for at handle konstruktivt (Williams taler om at fremme, regulere og undgå at modarbejde grænsefladeaktivitet). Kun herved opnås en vis styring af skønnet i Lipskys terminologi.

At undersøge frontmedarbejderens arbejde er netop, hvad Maynard-Moody og Musheno gør i deres analyse af de to fortællinger om skønnet, henholdsvis stat-agent-fortællingen og borger-agent-fortællingen. Frontmedarbejderen repræsenterer begge fortællinger og både giver og tager i sin relation til borgeren og til staten. I skønnet ligger en uformel magt, og som ved 'boundary spannerens'

fortolker- og kommunikatorrolle kan fx kommunikative evner og overblik hos koordinatoren anvendes til gavn for borgeren og til at omgå, hvad der på kort sigt er mest økonomisk rentabelt for organisationen (Maynard-Moody & Musheno 2000:332-333).

I Williams' (2012:39) beskrivelse af 'boundary spanneren' som netværker ligger en brobygger-, filter- eller gatekeeperfunktion, hvor medarbejderen netop anvender sin skønsmulighed. I empirien til afhandlingen kunne denne situation opstå, når forløbskoordinatoren formidlede information til, for og om borgeren. Det kunne fx forekomme, at koordinatoren ringede for en borger til dennes alment praktiserende læge, til en sygehusafdeling, formidlede kommunale sundhedstilbud, holdt møder med borgeren eller tog på hjemmebesøg. Koordinatoren selekterede her som en del af sin funktion i den information, som var relevant at give eller videreformidle, og ligeledes i, hvordan informationen skulle gives. Dette betyder, at skønnet kan anvendes til at betone noget information frem for noget andet.

Williams har konkrete bud på elementer i rollen som 'boundary spanner', som er interessante at se i forhold til forløbskoordinatorenes oplevelser af egen funktion. Han kan anvendes til at supplere den model, som jeg har kaldt den 'udvidede' Lipskymodel, idet han undersøger rolleelementer hos 'boundary spanneren'. Dette tolker jeg som en anledning til at gå ind i modellen og se nærmere på forløbskoordinatoren. Med Williams har jeg derfor kunnet se på koordinatoren som en differentieret størrelse, som en Lipsky-inspireret analyse lader være en mere generel kategori mellem kommune, sygehus, almen praksis og borgeren.

Williams (2012:71) kan desuden anvendes til at pege på, at forløbskoordinatoren og samarbejdspartnerne som 'boundary spanner' (hvis man et øjeblik accepterer denne præmis) på hver sin måde arbejder på at mediere i tværsektorielle relationer. På denne måde kan man argumentere for, at de begge indgår i den 'udvidede' Lipskymodel som frontmedarbejdere.

Både frontmedarbejderen og 'boundary spanneren' har desuden behov for kompetencer og erfaring, idet de ellers ikke kan udvikle funktionen og opnå en status og en rolle, som gør dem i stand til at gøre deres arbejde efter hensigten, således at: *"decisions are made fully in response to the individual case or situation, deploying deep knowledge of the field with commitment and a common sense that cannot be codified"* (Lipsky 2010:230-231).

Et forandringsperspektiv

Selv om det ikke har været centralt i afhandlingen, kunne man hævde, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde kan forstås gennem et forandringsperspektiv. Koordinatorfunktionen i udgangspunktet blev introduceret for at skabe forandring for en gruppe af mennesker med kroniske lidelser, jf. første del af afhandlingen, og på denne måde agere som det, man bredt kunne betegne som en 'forandringsagent'. Derfor er de teoretiske bud i analyseoptikkerne også alle dynamiske og processuelle bud. Lipsky har som en del af sit projekt at styrke frontmedarbejdernes muligheder for at bidrage til at skabe forandring i organisationen (2010:193). Således hævder han, at medarbejderne vil bidrage til gradvist at ændre systemet, samtidig med at muligheden for *skønnet* fortsat vil være til stede (ibid.:190). Men han stiller sig dog samtidig kritisk over for at have alt for stor tiltro til, hvad han betegner som professionalisering, idet han spørger: *"Who will watch the watchmen? The watchmen will watch themselves"* (Lipsky 2010:201). Han åbner i sine overvejelser over fremtiden for frontmedarbejdere op for, at positive og negative mekanismer i medarbejdernes adfærd ikke kun reproduceres, men også rekonstrueres (ibid.:186). I Jensen og Sørensens optik ses dette ved, at præcis fordi ingen valg af regel anvendelse er identiske i hver enkelte situation, sker der en gradvis ændring af rollen; nogle regler anvendes oftere end andre, hvormed de mindst anvendte vil glide i baggrunden (2003:27). Forskellige aspekter af rollen kan ligeledes vægtes forskelligt afhængig af konteksten (ibid.), og her ses en parallel til Williams (2012), som undersøger elementer af rollen som 'boundary spanner', elementer, som kan bringes i anvendelse afhængig af situationen. I denne erkendelse ligger en forståelse af, at rollen har et iboende potentiale til at forandre det organisatoriske felt, som den er en del af. Rollen har således en emergerende karakter. Herved gør Williams sig til talsmand for, at 'boundary spanneren' medvirker til opbygning af relationer på tværs af grænser, hvilket i Berger og Luckmanns forståelse kan hævdes at forekomme i kraft af den abnormale individualists evne til at pendle mellem flere virkelighedsopfattelser (1967,191).

I de ovenstående afsnit har jeg kort søgt at indkredse og pege på en udvikling af afhandlingens rollebegreb. Jeg har sat de væsentligste anvendte begreber og pointer fra de teoretiske optikker i forhold til hinanden og diskuteret disse i en forløbskoordinatorkontekst. Herved bidrager dette perspektiv til fremtidige empiriske undersøgelser med dets videre refleksioner over koordinatorrollen.

Afhandlingens afslutning

Afhandlingen har med undersøgelsen af forløbskoordinatorernes rolle og funktion i det tværsektorielle samarbejde bidraget til at nuancere en sejlivet forestilling om, at koordineringsproblemer umiddelbart kan løses ved at introducere nye koordinerende funktioner. Parallelt med Sheltons appel om at lade sygeplejersker udforske en: *"...care coordination 'black box'"* (2014:95), hvilket jeg citerede i kapitel 1, side 29, har afhandlingen søgt at skabe en større forståelse for koordinatorrollen og herved medvirket til at afdække et videnshul.

To ting er interessante at fremhæve som afsluttende refleksioner. For det første er det interessant, at der er samarbejdspartnere, der giver udtryk for, at forløbskoordinatorer kan være betydningsfulde over for særligt skrøbelige og udsatte patienter. Analyserne peger ellers overordnet på divergerende opfattelser og modstillede positioner mellem forløbskoordinatorerne og deres samarbejdspartnere. For det andet er det interessant, at analysen på baggrund af den tredje teorioptik peger på samarbejdspartnerne som 'boundary spannere'. Dette lægger op til at undersøge, hvorledes disse agerer i denne rolle og funktion, hvilket dog ligger uden for rammerne af denne afhandling.

RESUMÉ

Sundhedsstyrelsen har i en årrække haft et særligt fokus på tiltag, som kan hjælpe mennesker, der lider af kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-kar sygdomme eller lungesygdommen KOL. Kommuner og regioner har fx kunnet søge midler til indsatser, hvis formål er at skabe et mere sammenhængende tilbud til borgere, der i deres behandlingsforløb er i kontakt med både sygehus, kommune og egen praktiserende læge. En af disse indsatser er et tilbud til borgeren om at blive tilknyttet en forløbskoordinator, dvs. en fagperson, som skal agere koordinerende på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Denne afhandling sætter forløbskoordinatoren i fokus, og studerer specifikt en gruppe nordjyske koordinators og deres potentielle samarbejdspartnere. Formålet er gennem et mikroblik at undersøge forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde. Problemformuleringen lyder således:

Hvorledes kan man forstå forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer?

Det overordnede forskningsspørgsmål er drevet af henholdsvis en empirisk og teoretisk interesse, der udmønter sig i følgende to underspørgsmål:

1. *Hvorledes opfatter forløbskoordinators og deres samarbejdspartnere forløbskoordinators rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet?*
2. *Hvorledes kan tre udvalgte teoretiske optikker bidrage til yderligere at forstå forløbskoordinators rolle og funktion?*

Optikkerne i underspørgsmål 2 skal forstås som teoretiske perspektiver, med hvilke jeg ønsker at bringe teoretisk tyngde til afhandlingens konklusioner. De består af elementerne:

- a. Forløbskoordinatoren som en *særlig frontmedarbejder*. Her tager jeg udgangspunkt i Lipsky (2010)
- b. Forløbskoordinatoren i et *institutionelt spændingsfelt* med inspiration i Berger og Luckmanns (1967)
- c. Forløbskoordinators og samarbejdspartnere som *aktører i grænseflader*. I denne optik anvender jeg en forståelse af forløbskoordinatoren som en 'boundary spanner' med inspiration i Williams (2012)

Få har givet koordinators og deres potentielle samarbejdspartnere en 'stemme', og afhandlingen gør netop dette i to daglange arbejdsseminarer med form som udvidede fokusgruppeinterviews, hvor omdrejningspunktet har været produktion

af tegninger med fremstillinger og fremlæggelser af koordinatore og samarbejdspartneres opfattelser af forløbskoordinatorens rolle og funktion. Udover arbejdsseminarer giver afhandlingen et indblik i udvalgte officielle dokumenter samt indarbejder viden fra tidligere studier af forløbskoordinatore og disses medvirken i tværsektorielt samarbejde.

Forud for det første arbejdsseminar foretog forskeren en screening med henblik på at afsøge anvendelsen af forløbskoordinatore i Region Nordjylland. Hovedparten af forløbskoordinatore og delestillingsansatte valgte efterfølgende at deltage i seminaret. Forud for andet arbejdsseminar blev alle koordinatore bedt om at udpege samarbejdspartnere. Derudover har forskeren under projektperioden haft adgang til besøg, samtaler og ustrukturerede interviews med enkelte forløbskoordinatore samt mulighed for støtte, sparring og inspiration fra konsulenter i det fælles kommunale og regionale sekretariat Kronikerenheden.

Afhandlingens analyser peger på, at forløbskoordinatoren er en formbar størrelse med både muligheder og begrænsninger i forhold til at kunne agere koordinerende. Rollen og funktionen præges af såvel koordinatoren selv som de organisatoriske sammenhænge, som koordinatoren befinder sig i. Koordinatoren har en særlig rolle som koordinator i forhold til øvrige sundhedsprofessionelle på sygehus, i kommune eller i almen praksis, og vedkommende skal kunne skabe synlighed omkring funktionen uden samtidig at miste den fleksibilitet, der danner modspil til og supplerer de etablerede professioner.

Afhandlingens analyser peger yderligere på, at rollen og funktionen i særlig grad præges af de generelle forestillinger, som potentielle samarbejdspartnere har om forløbskoordinatore i tværsektorielt samarbejde. Derfor afhænger forløbskoordinatorens bidrag til samarbejdet også af indstillingen hos samarbejdspartnerne, og blandt de, der deltog i undersøgelsen, var indstillingen overordnet præget af skepsis. Forløbskoordinatoren blev trukket i retning af støtteperson over for særligt skrøbelige eller udsatte patienter, og herved medvirkede samarbejdspartnerne til at begrænse koordinatorens mulighed for at agere koordinerende overfor en bredere gruppe på tværs af sektorer. To teoretiske analyseoptikker pointerer, at forløbskoordinatorens rolle og funktion i tværsektorielt samarbejde kan forstås som henholdsvis en 'borger-agent fortælling' og en 'internt koordinerende funktion'. Med dette menes, at koordinatorens arbejde orienteres mod patienten og koncentrerer om at skabe en tryghedsstøttende en-til-en relation til denne. Disse analyser understøttes af afhandlingens tredje optik, hvis analyse problematiserer forløbskoordinatoren som 'boundary spanner'.

ENGLISH SUMMARY

For a number of years the Danish Health and Medicines Authority has focussed on initiatives aimed at helping people suffering from chronic diseases such as diabetes, cardiovascular diseases or the lung disease KOL. For instance, municipalities and regions have been able to apply for funds for initiatives aimed at providing a more coherent service for citizens who in their course of treatment are in contact with hospitals, municipalities as well as general practitioners. These initiatives have included a service to citizens, which involves being affiliated with a care coordinator, i.e. a professional who is able to coordinate the care of the citizen across health care sectors. This thesis focusses on the care coordinator and studies a group of North Jutland coordinators and their potential collaborators. The objective is, through a micro lens, to study the role and function of the care coordinator in cross-sectoral collaboration. The main research question is thus:

How can we understand and explain the role and function of the care coordinator in the cross-sectoral collaboration?

The main research question is based on an empirical and a theoretical approach, respectively, which lead to the following two sub questions:

1. *How do the care coordinators and their collaborators perceive the role and function of the care coordinators across health care sectors?*
2. *How can three specific theoretical perspectives contribute to a better understanding and account of the role and function of the care coordinator?*

The approaches presented in subquestion two should be understood as theoretical approaches with which I aim to add theoretical substance to the thesis conclusions. They consist of the following elements:

- a. The care coordinator as a *special front employee*. This approach is based on Lipsky (2010).
- b. The care coordinator as an *institutional tension field*. This approach is inspired by Berger and Luckmanns (1967).
- c. The care coordinator and his/her collaborators as *interface actors*. This approach is based on an understanding of the care coordinator as a 'boundary spanner', borrowing from Williams (2012).

Few have given coordinators and their potential collaborators a 'voice'. This project aims to rectify this through two day seminars in the form of focus group interviews, the pivot of which is the production of drawings presenting the coordinators' and collaborators' views on the role and function of the care coordinator. In addition to the seminars, this thesis offers an insight into a number of official documents and incorporates knowledge from previous studies of care coordinators and their participation in cross-sectoral collaboration.

Prior to the first day seminar the author conducted a screening with a view to determining the utilisation of care coordinators in the North Denmark Region. The majority of these care coordinators and employees in shared positions subsequently chose to participate in the seminar. Prior to the second day seminar every coordinator was asked to identify potential collaborators. In addition, the author has in the project period conducted visits, talks and informal interviews with a few care coordinators and been able to seek support, sparring and inspiration from consultants in the joint municipal and regional secretariat Kronikerenheden (unit for chronic diseases).

The analyses of the thesis suggest that the position of the care coordinator is flexible and faced both with opportunities and challenges as regards the ability to coordinate care. The role and function are affected both by the given individual and by the organisational context with which the coordinator is faced. A main part of the job of the care coordinator is to function as a coordinator in relation to other health professionals in hospitals, municipalities and general practitioners' offices, and the care coordinator must be able to focus attention on the function without in so doing losing the flexibility that both challenges and supplements established professions.

The analyses of the thesis further suggest that the role and function are in particular affected by potential collaborators' views on the role and function of the care coordinator in cross-sectoral collaboration. Therefore, the care coordinator's contribution to this collaboration depends to a large extent on the attitude of the collaborators, and the attitude of the potential collaborators who participated in the study was distinctly sceptical. They tended to view the care coordinator more as a support service to highly vulnerable or marginalised patients.

The attitude of the collaborators is instrumental in limiting the care coordinator's chances of successfully coordinating care. Two theoretical analytical approaches point out that the role and function of the care coordinator in cross-sectoral collaboration can be understood and explained as a 'citizen-agent narrative' and an 'internal coordinator', respectively. This means that the work of the care coordinator is focussed on the patient and on establishing a one-to-one relation with the patient supporting his/her sense of security. These analyses support the

third approach of the thesis, the analysis of which problematises the notion of the care coordinator as a 'boundary spanner'.

LITTERATUR

Aldrich, H. og Herker, D. 1977: *Boundary Spanning Roles and Organization Structure*. Academy of Management Review – April 1977. pp. 217-230

Alter, C. og Hage, J. 1993: *Organizations working together*. Newbury Park: Sage Publications

Andersen, L. B., Greve, C., Klausen K.K. og Torfing, J. 2012 (red.): *En innovativ offentlig sektor, der skaber kvalitet og fælles ansvar*. Et debatoplæg om en ny dansk forvaltningspolitik (lang version). Forvaltningspolitik.dk

Andersen, L. B., Klaudi, K. og Torfing, J. 2013: Forskerkredsens forvaltningspolitiske oplæg - et år efter. Forvaltningspolitik.dk

Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. og Axelsson, R. 2011: *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care. Volume 11, 18. november

Antoft, R. og Salomonsen, H.H. 2012: Casestudier af organisationer som dynamisk proces. I Hviid Jacobsen, M. og Qvotrup Jensen, S. (red.) *Kvalitative udfordringer*. Hans Reitzels Forlag, s.129-154

Antonsen, M., Greve, C., Beck Jørgensen, T. 2000: Teorier om forandring i den offentlige sektor. I *Forandringer i teori og praksis – skiftende billeder fra den offentlige sektor*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, s.17-51

Banks, M. 2001: *Visual methods in social research*. Sage Publications, London

Bendiksen, R. E. 2010: *Kan kombinajonsstillinger bidra til å løse samhandlingsreformens utfordringer? – En studie av et likeverdig samhandlingsprosjekt mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus helseforetak*. Masteropgave fra Institut for statsvitenskap og ledelsesfag, Universitetet i Agder

Bentley, A. 2014: *Case management and long-term conditions: the evolution of community matrons*. British Journal of Community Nursing. Vol. 19, No 7, pp.340-345.

Berger, P. L. og Luckmann, T. 1967 (1966): *The social construction of reality everything that passes for knowledge in society*. Allen Lane: The Penguin Press

- Bernard, R. H. 1995:** *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. 2. udgave. Altamira Press
- Bille, M. og Nielsen, A. 2011 (2009):** Struktur og opgaver i sundhedsvæsenets institutioner. I Danielsen, M. (red.). *Sundhedsvæsenet på tværs – opgaver, organisation og regulering*. Munksgaard, s.57-90
- Bjerkan, J, Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R., Brender, J. 2011:** *Integrated Care in Norway: the state of affairs years after regulation by law*. International Journal of Integrated Care. Vol. 11, 26. January 2011.
- Bloksgaard, L. og Tanggaard Andersen, P. 2012:** Fokusgruppeinterviewet. Når gruppedynamikken er redskabet. I Hviid Jacobsen, M. og Qvotrup Jensen, S. (red.) *Kvalitative udfordringer*. Hans Reitzels Forlag, s.25-46
- Breidahl, K. og Seemann, J. 2009a:** *Jobcentret som organisatorisk fænomen*. Frydenlund Academic
- Breidahl, K. og Seemann, J. 2009b:** Jobcentret som flerarmet julenisse – tegneøvelser som dynamo og diagnostisk værktøj i organisationsanalyser. I *Metoder i arbejdslivet – forskningens veje til indsigt*. Tidsskrift for Arbejdsliv. Vol. 11 (4), s.8-23
- Brodkin, E. 2011:** *Putting Street-Level Organizations First: New Directions for Social Policy and Management Research*. Journal of Public Administration Research and Theory. Vol. 21, 199-201, 253-277
- Brodkin, E. aug. 2012:** *Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future*. Book Review. Public Administration Review, pp.1-10
- Brodkin, E. okt. 2012:** Seeing Big by Looking Small. Street-Level Organizations, Social Policy, and the Welfare State. Præsentation på Aalborg Universitet.
- Brodkin, E. Z. 2013:** Street-Level Organizations and the Welfare State. I Brodtkin, E. Z. og Marston, G. (red.): *Work and the Welfare State. Street-Level Organizations and Workfare Politics*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, s.17-34
- Bryman, A. 2008 (2001):** *Social Research Methods*. 3. udgave. Oxford
- Caswell, D. 2005:** *Handlemuligheder i socialt arbejde – et casestudie om kommunal frontlinjepraksis på beskæftigelsesområdet*. Ph.d.-afhandling. AKF forlag.

Collin, F. 2010: Socialkonstruktivisme. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K. og Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag, s.230-261

Christensen, B. og Grann, C. 2015: *Dialogbilleder*. Akademisk Forlag, København

Dahler-Larsen, P. 2002: *At fremstille kvalitative data*. Odense Universitetsforlag

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS), januar 2003: *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner*. www.dsk.suite.dk

Demant, J. 2006: Fokusgruppen – spørgsmål til fænomener i nuet. I Bjerg, O. og Villadsen, K. (red.): *Sociologiske metoder. Fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. Forlaget Samfundslitteratur, s.131-150

Drennan, V., Goodman, C., Manthorpe, J., Davies, S., Scott, C., Gage, H., Iliffe, S. 2011: *Establishing new nursing roles: a case study of the English community matron initiative*. Journal of Clinical Nursing, 20, 2948-2957

Dunér, A., Blomberg, S., Hasson, H. 2011: *Implementing a continuum of care model for older people – results from a Swedish case study*. International Journal of Integrated Care. Vol. 11, 18 november

Earle, V. 2010: *Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing*. Nursing Philosophy, 11, pp. 286-296

Ehrlich, C., Kendall, E. og Muenchberger, H. 2012a: *Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators*. Contemporary Nurse. 42 (1), pp. 67-75. Content Management Pty. Ltd.

Ehrlich, C., Kendall, E. og St. John, W. 2012b: *How does care coordination provided by registered nurses 'fit' within the organisational processes and professional relationships in the general practice context?* Australian College of Nursing Ltd. Published by Elsevier Ltd.

Evans, T. og Harris, J. 2004: *Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion*. British Journal of Social Work. Vol. 34 (6)

Fausing, B. 1993: *Drømmebilder. Om drømme, drøm og køn*. Haslev, Tiderne Skifter

Flyvbjerg, A. 2009: Gode 'patientrejser' på tværs af sektorerne. I *Skammekrogen. Debatbog om medicinske patienter*. Dagens Medicin Bøger. www.dagensmedicin.dk, www.skammekrogen.net, s.157-166

Foss, C. 2011: *Det visuelle i sykepleieforskningen. En lite utnyttet mulighed*. Nordisk Sygeplejeforskning. Nr. 3, vol 1, s. 235-244

Frølich, A. (red.) 2011: *Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? En sammenligning mellem den amerikanske forsikringsorganisation Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen*. Syddansk Universitetsforlag

Greenhalgh, T. og Peacock, R. 2005: *Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources*. British Medical Journal. BMJ. Vol.331, pp.1064-1065

Grøn, L., Obel, J. og Bræmer, M. H. april 2007: *Tovholder i praksis. En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder*. Dansk Sundhedsinstitut. DSI-rapport

Gustafsson, M., Kristensson, J., Holst, G., Willmann, A. og Bohman, D. 2013: *Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work – a focused ethnography*. BMC Health Service Research. Vol. 13, pp. 496-519

Gyldendal 1987: *Engelsk-dansk*. Gyldendals Røde ordbøger

Halkier, B. 2010: Fokusgrupper. I Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s.121-136

Hammersley, M. og Atkinson, P. 1996 (1995): *Ethnography. Principles in practice*. 2. udgave. Routledge

Hansen, S. G. og Jørgensen, T. S. 2009: *Forløbskoordinator under konstruktion – et studie af, hvordan koordination udfoldes i praksis*. AKF forlag

Hansen, S. G. og Jørgensen, T. S. marts 2011: *Forløbskoordinator under konstruktion – et studie af, hvordan koordination udfoldes i praksis*. Sammenfatning af specialet. www.akf.dk

Hansen, M.B., Steen, T. og de Jong, M. 2012: *New Public Management, Public Service Bargains and the challenges of interdepartmental coordination: a comparative analysis of top civil servants in state administration*. International Review of Administrative Sciences. 79 (1) 29-48.

Hastrup, K., Rubow, C. og Tjørnhøj-Thomsen, T. 2011: Kulturanalyse. Kort fortalt. Samfundslitteratur

Hastrup, K. 2010: Feltarbejde. I Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s.55-80

Hjortbak, E.S. og Hjortbak, B.S. 2011 (2009): Sammenhængende og koordinerede patientforløb. I Danielsen, M. (red.). *Sundhedsvæsenet på tværs – opgaver, organisation og regulering*. Munksgaard, s.231-248

Hirsch, P. M. og Boal, K. B. 2000: *Whose Social Construction? Berger and Luckmann Revisited. Journal of Management Inquiry*. Vol. 9 No. 3, pp. 256-257. Sage Publications, Inc.

Hood, C. 1991: *A public management for all seasons?* Public Administration. Vol. 69, pp. 3-19

Hostrup, H. 1992: *Tegneterapi. Tegning Som Terapeutisk Redskab i Neurosebehandling*. København, Dansk Psykologisk Forlag

Hviid Jacobsen, M. 2001: *Konstruktionen af socialkonstruktivismen – begrebsforvirring og terminologisk anarki i sociologien*. Distinktion: Journal of Social Theory, 2:3, 111-132. DOI: 10.1080/1600910X.2001.9672804

Ingemann J. H. 2014 (2013): *Videnskabsteori for økonomi, politik og forvaltning*. Samfundslitteratur

Jacobsen, M. H. 2007: Adaptiv teori – den tredje vej til viden: En stående invitation til syntesesociologi*. I Antoft, R., Jacobsen, M.H., Jørgensen, A. og Kristiansen, S. (red.): *Håndværk & horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag

Jensen, L og Sørensen, E. 2003: Den politologiske rolleanalyse. I Jæger, B. og Sørensen, E. (red.). *Roller der rykker. Politikere og administratorer mellem hierarki og netværk*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, s.21-40

Jerlang, E. 2009 (red.): *Sociologiske tænkere. Et tekstudvalg*. Hans Reitzels Forlag

Jespersen, P. K. 1996: Bureaukratiet – magt og effektivitet. Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Jespersen, P. K., Larsen, V. og Seemann, J. 2009: *Evaluering af "Organisering og samspilsrelationer". Aalborg Kommunes projekt: Kræftrehabilitering i Aalborg.* Aalborg Universitet

Justesen, L. og Mik-Meyer, N. 2010: *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier.* Hans Reitzels Forlag

Jæger, B. 2003: Roller der rykker. I Jæger, B. og Sørensen, E. (red.). *Roller der rykker. Politikere og administratorer mellem hierarki og netværk.* Jurist- og Økonomforbundets Forlag, s.261-274

Jørgensen, A. 2008: Fænomenologi, interaktionisme og hermeneutik – tre sider af samme sag? I Hviid Jacobsen, M. og Pringle, K. (red.). *At forstå det sociale – sociologi og socialt arbejde.* Akademisk Forlag, s.221-244

Jørgensen, B.D. 2009: Vi skal tænke i hele patientens liv. I *Skammekrogen. Debatbog om medicinske patienter.* Dagens Medicin Bøger. www.dagensmedicin.dk, www.skammekrogen.net, s.99-108

Implement Consulting Group 2011: *Forløbskoordinering i regioner og kommuner. Indsamling af erfaringer.* Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen 28. september 2011

Kjærgaard, J. og Hansen, M.N. 2008 (2001): Kvalitetsudviklingsprocessen: Begreber og terminologi. I Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T. og Willaing, I. (red.). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.* Munksgaard Danmark, s.21-32

Kragh Jespersen, P. 1996: *Bureaukratiet – magt og effektivitet.* Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Kristiansen, S. 2007: Etik og feltarbejde – udfordringer og dilemmaer i sociologisk praksis. I Antoft, R., Hviid Jacobsen, M., Jørgensen, A. og Kristiansen, S. *Håndværk og horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* Syddansk Universitetsforlag, s. 226-248

Kvale, S. og Brinkmann, S. 2010 (2008): *Interview. Introduktion til et håndværk.* 2. udgave. Hans Reitzels Forlag

Larsen, K. 2010: 'Det behandelende hus er blevet sygt'. Sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb. I Timm, H. (red.). *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet.* Videncenter for Sammenhængende Forløb – Professionshøjskolen Metropol. København: Books on Demand, s.39-64

- Lehmann Nielsen, V. (2006):** *Are Street-Level Bureaucrats compelled or enticed to cope?* Public Administration. Vol. 84 (4)
- Levina, N. og Vaast, E. 2005:** *The Emergence of Boundary Spanning Competence in Practice: Implications for Implementation and Use of Information Systems.* Mis Quarterly. Vol. 29 No. 2, pp. 335-363
- Lipsky, M. 2010 (1980):** *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services.* Russell Sage Foundation
- van Manen M. 1997:** *Researching Lived Experience. Human Science for An Action Sensitive Pedagogy.* 2. udgave. Althouse Press, London, ON
- May, P.J. og Winter, S.C. 2007:** *Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation.* Journal of Public Administration Research and Theory. Vol. 19, pp.453-476
- Maynard-Moody, S. og Musheno, M. 2000:** *State Agent or Citizen Agent: Two Narratives of Discretion.* Journal of Public Administration Research and Theory. Vol. 10 (2), 10. Jubilæumsudgave
- McEvoy, P., Escott, D. og Bee, P. 2011:** *Case management for high-intensity service users: towards a relational approach to care co-ordination.* Health and Social Care in the Community. 19(1), 60-69. Accepted for publication 28 June 2010
- Morgan, D.L. 2002:** Focus Group Interviewing. I Gubrium, J. F. og Holstein, J. A. (red.). *Handbook of Interview Research. Context & Method.* Sage Publications, s.141-160
- Morgan, G. 1993:** *Imaginization. The art of creative management.* Sage Publications, London
- Nicolini, D., Mengis, J. og Swan J. 2012:** *Understanding the Role of Objects in Cross-Disciplinary Collaboration.* Organization Science 23 (3):612-629
- Nolte, E., McKee, M., Knai, C. 2008:** Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. I Nolte, E., Knai, C., McKee, M. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries.* WHO på vegne af European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series, 15
- Olbort, R., Mahler, C., Campbell, C., Reuschenbach, B., Müller-Tasch, T., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F. 2009:** *Doctors' assistants' view of case*

management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing. 65 (4), pp.799-808

Olesen, F. og Vedsted, P. 2008: *Et koordineret sundhedsvæsen med integrerede forløb – er det forældet at tale om en primær og en sekundær sundhedstjeneste?* Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. September 2008,186-191. Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet

O'reilly, K. 2012 (2005): *Ethnographic methods.* 2. udgave. Routledge

Periyakoil, V. S. 2007: *Taming Wicked Problems in Modern Health Care Systems.* Journal of Palliative Medicine. Vol 10, (3), pp.658-659

Røsstad, T., Garåsen, H., Steinbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L., Grimsmo, A. 2015: *Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care.* BMC Health Service Research 15:86

Ry Nielsen, J. C. 1981: *Billeder og modeller af organisationer.* I Daugaard Jensen, P.-E. (red.): Organisationsteoretiske modeller og perspektiver. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København. S.11-24

Sandberg Buch, M. 2008: *Forløbskoordination på kronikerområdet – hvad skal der til i praksis?* FOKUS. Forum for Kvalitet og Udvikling i Offentlig Service (23, juli). www.fokus-net.dk

Sandberg Buch, M. april 2012: *Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet.* Dansk Sundhedsinstitut. DSI-publikation

Seemann, J. 1996: *Når organisationer skal samarbejde. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer.* Munksgaard

Seemann, J. og Antoft, R. 2002: *Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis.* (3)

Seemann, J. og Gustafsson, J. 2016: *Integration in the spotlight: Fighting silo barriers and fragmented Health care in Denmark.* I Reinbacher, G. S. og Giarelli, G. *Future Challenges for Health and Healthcare in Europe* (red). Bidrag til bog/antologi. Aalborg Universitetsforlag, 1. udg., s. 42-59.

Seemann, J., Rasmussen, H. og Ærthøj, J. P. 2012: Sygehusenes truende selvtilstrækkelighed. I antologien: *Sund ledelse: 19 bud på god sygehusledelse*. Vol 1,1. udgave. Djöf/Juristforbundet

Schiøtz, M., Frølich, A. og Krasnik, A. 2008: Denmark. I Nolte, E., Knai, C. og Mckee, M. (red.). *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*, World Health Organization, Observatory Studies Series. Vol. 15, pp.15-28

Scott, W. R. 2014: *Institutions and Organizations. Ideas, Interests, and Identities*. 4. udgave. Sage Publications

Shelton, P. 2014: *The Quest for Effective Care Coordination*. Clinical Scholars Review. Vol. 7 No. 2, pp. 94-95. Springer Publishing Company

Smith, D. W. 2013 (2003): Phenomenology. I Zalta E. N. (red.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/win2013/entries/phenomenology/>>. Udgave fra vinteren 2013

Sørensen, E. og Torfing, J. 2005: *Netværksstyring: Fra government til governance*. Roskilde Universitetsforlag

Thagaard, T. 2010 (2003): *Systematik og indlevelse. En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag

Tanggaard Andersen, P., Pedersen, M., Buch, A. og Burchardt, J. 2009: Metoder i arbejdslivet – forskningens veje til indsigt. En indledning. I *Metoder i arbejdslivet – forskningens veje til indsigt*. Tidsskrift for Arbejdsliv. Vol. 11 (4), s.5-7

Torfing, J., Peters, B. G., Pierre, J. og Sørensen, E. 2012: *Interactive Governance: Advancing the Paradigm*. Oxford Scholarship Online

Torfing, J. 2013: *Offentlig ledelse er i et vadeded*. Væksthus for Ledelse

Torfing, J., Sørensen, E. og Røiseland, A. 2016: *Samskabelse er bedre og billigere*. Stat og Styring 1, s. 10-14

Tushman, M. L. og Scanlan, T. J. 1981: *Boundary Spanning Individuals: Their Role in Information Transfer and Their Antecedents*. Academy of Management Journal. Vol. 24 No. 2, pp. 289-305

Vera, H. 2016: *Rebuilding a Classic: 'The Social Construction of Reality' at 50*. Cultural Sociology. Vol. 10 (1), pp. 3-20

Vindum, A. 2013: *Billedanalyse*. I FaktaLink, maj. Netdokument

- Vinge, S. og Strandberg-Larsen, M. 2010:** *Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet*. Ugeskrift for Læger. Vol. 172 (10), 8. marts, 775-777
- Warren, S. 2005:** *Photography and voice in critical, qualitative, management research*. Accounting, Auditing and Accountability, 18, 6, pp.861-882
- Warren, S. 2008:** *Empirical Challenges in Organizational Aesthetics Research: Towards a Sensual Methodology*. Organization Studies, 29, 4, pp.559-580
- Wenneberg, S. B. 2002:** *Socialkonstruktivisme. Positioner, problemer og perspektiver*. 1. udgave, 2. oplag. Samfundslitteratur
- Wilcox, A.B., Dorr, D.A., Burns, L., Jones, S., Poll, J. og Bunker, C. 2007:** *Physician Perspectives of Nurse Care Management Located in Primary Care Clinics*. Case Management Journals. Vol. 8, nr.2, pp.58-63
- Williams, P. 2002:** *The Competent Boundary Spanner*. Public Administration. Vol. 80 No. 1, pp. 103-124. Blackwell Publishers Ltd.
- Williams, P. og Sullivan, H. 2009:** *Faces of integration*. International Journal of Integrated Care. Vol. 9, 22. december
- Williams, P. 2012:** *Collaboration in public policy and practice. Perspectives on boundary spanners*. The Policy Press
- Winter, S. C. og Lehmann Nielsen, V. 2008:** *Implementering af politik*. Hans Reitzels Forlag
- Zahavi, D. og Overgaard S. 2005:** Fænomenologisk sociologi – hverdagslivets subjekt. I Hviid Jacobsen, M. og Kristensen, S. (red.): *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. Hans Reitzels Forlag

Officielle dokumenter

- BEK nr. 778 af 13/08/2009:** *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler* – www.retsinformation.dk
- Bilaterale sundhedsaftaler i Region Nordjylland:** Findes via regionens hjemmeside på linket www.sundhedsaftaler.rn.dk
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002:** *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*

Jørgensen, S. J. (red.) 2005: *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund*. Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

LBK nr. 913 af 13/7/2010: *Bekendtgørelse af sundhedsloven* - www.retsinformation.dk

Region Nordjylland & KKR Nordjylland 2011: *Den Generelle Sundhedsaftale*, gældende fra 1. januar 2011. Findes via regionens hjemmeside på linket www.sundhedsaftaler.rn.dk

Sundhedsstyrelsen 2006: *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog*. Sundhedsstyrelsens publikationer

Sundhedsstyrelsen 2008: *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen 14. april 2010: *Oversigt over projekter, som har fået tilsagn om støtte fra puljen til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012*. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen 2011: *Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering*. Udgivet af Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen 2012: *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model*

Sundhedsstyrelsen nov. 2012: *Status på forløbsprogrammer i Danmark medio 2012*. Notat 21. november

Sygdomsspecifikke sygdomsaftaler i Region Nordjylland: Findes via regionens hjemmeside på linket www.sundhedsaftaler.rn.dk

VEJ nr. 9698 af 21/08/2009: *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler* – www.retsinformation.dk

Yderligere materiale fra hjemmesider

Den Danske Ordbog. Moderne Dansk Sprog: [Ordnet.dk](http://ordnet.dk). Opslag 'funktion' og 'spændvidde', maj 2016

Gyldendal. Den Store Danske. Denstoredanske.dk. Opslag 'funktionalisme', maj 2016

Netavisen Altinget den 8. april 2011: Citat af tidl. Sundhedsminister Bertel Haarder. www.altinget.dk

Sociologiskforum.dk. Opslag 'funktionalisme', maj 2016

Sundhedsstyrelsen vedr. 'Midler til forstærket indsats mod kronisk sygdom'. www.sst.dk under 'Kronisk sygdom'

Sundhedsstyrelsen vedr. 'Monitorering af kronisk sygdom'. www.sst.dk den 8. februar 2012

Sundhedsstyrelsen 14. april 2010, notat. *Regionsvis fordeling af kommunale projekter på sygdomsspecifikke forløbsprogrammer samt projekter om forløbskoordination.* Tilgås under 'oversigt over puljeprojekter vedr. kronisk sygdom i perioden 2010-12'. Link:
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/projekter/forstaerket-indsats-for-kronisk-syge/puljeprojekter-vedroerende-kronisk-sygdom>

BILAG

Oversigt

Bilag 1: Fakta om arbejdsseminarerne

Bilag 2: Anvendte citater på arbejdsseminarerne

Bilag 3: Tre eksempler på praksisbeskrivelser, arbejdsopgaver for forløbskoordinatoren i tilknytning hertil samt et overblik over karakteristika for borgere med behov for støtte

Bilag 1: Fakta om hvert arbejdsseminar

Arbejdsseminar 1- titel på invitation ” Arbejdsseminar vedr. forløbskoordination og tværsektorielle koordinationsopgaver”. Afholdt den 2. maj 2012 på AAU

Afholdt for seks forløbskoordinatorer og to delestillingsansatte, inkl. ét afbud på selve dagen for afholdelse. I alt var 13 koordinatorer inviteret (otte forløbskoordinatorer og fem delestillingsansatte). Se nedenstående for dagsorden:

Program

Kl. 09.30-09.35: Kort velkomst v/Marit

Kl. 09.35-10.00: Deltagerreaktioner og kommentarer på citat og spm. vedr. forløbskoordination

Kl. 10.00-10.20: Dagligdagsopfattelser af organisationer og samarbejde v/Janne

Kl. 10.20-11.00: Tegneøvelse v/deltagerne

Kl. 11.00-11.15: ”Fernisering” og lille kaffepause

Kl. 11.15-12.00: Fremlæggelse af tegninger i plenum og diskussion

Kl. 12.00-12.30: Frokost

Kl. 12.30-13.15: Plenumdiskussion om nuværende og fremtidige krav og forventninger til rolle og funktion for (forløbs)koordinatoren.

Kl. 13.15-13.30: Afsluttende bemærkninger og tak for i dag

Mediator

Prof. Janne Seemann

Referent

Ph.d.-stud. Marit Nørgaard

Arbejdsseminar 2 - titel på invitation " Arbejdsseminar vedr. forløbskoordinatorer og tværsektorielle koordinationsopgaver". Afholdt den 6. marts 2013 på AAU

Afholdt for i alt ni samarbejdspartnere, heraf fire i sygehusregi (to af disse var ledelsesrepræsentanter), to praktiserende læger, to i kommunal regi (en af disse var ledelsesrepræsentant) samt en repræsentant fra den administrative fælles regionale og kommunale enhed Kronikerenheden. Se nedenstående for dagsorden:

Program

Kl. 09.30-09.35: Kort velkomst v/Marit

Kl. 09.35-10.00: Deltagerreaktioner og kommentarer på citater vedr. forløbskoordinatorer

Kl. 10.00-10.20: Dagligdagsopfattelser af organisationer og samarbejde v/Janne

Kl. 10.20-11.00: Tegneøvelse v/deltagerne

Kl. 11.00-11.15: "Fernisering" og lille kaffepause

Kl. 11.15-12.00: Fremlæggelse af tegninger i plenum og diskussion

Kl. 12.00-12.30: Frokost

Kl. 12.30-13.15: Plenumdiskussion om nuværende og fremtidige krav og forventninger til forløbskoordinatorerne

Kl. 13.15-13.30: Afsluttende bemærkninger og tak for i dag

Ordstyrer

Prof. Janne Seemann

Referent

Ph.d.-stud. Marit Nørgaard

Bilag 2: Anvendte citater på arbejdsseminar 1 og 2

1. Tidl. Sundhedsminister Bertil Haarder om forslag fra Danske Patienter og Ældre Sagen vedr. forløbskoordinatorer til ældre medicinske patienter, til Netavisen Altinget d. 8.4.2011:

"Med de såkaldte forløbskoordinatorer er der virkelig noget at hente, for de skal sikre, at patienterne bliver samlet godt og rigtigt op undervejs, så den ene hånd hele tiden ved, hvad den anden gør".

2. Hansen & Jørgensen marts 2011, KU og AKF, sammenfatning af kandidatspecialet "Forløbskoordinator under konstruktion – et studie af, hvordan koordination udfoldes i praksis":

"Analysen viste, at forløbskoordinatoren i X Kommune (red.) ikke udøver en tværgående og strukturel form for koordination. Derimod medvirker forløbskoordinatoren, gennem en omsorgsfuld og forstående tilgang til patienten og dennes situation, til at gøre et netværk tilgængeligt, som patienterne kan benytte sig af i deres rehabiliteringsforløb. Det er således mere en "meningsskabende" end en "sammenhængsskabende" form for koordination, der ses udfoldet i forløbskoordinatorfunktionen i X (red.)"

Bilag 3: Tre eksempler på praksisbeskrivelser, arbejdsopgaver for forløbskoordinatoren i tilknytning hertil samt et overblik over karakteristika for borgere med behov for støtte

Indholdet i bilag 3 er produceret til forskeren af en forløbskoordinator, og er derfor udtryk for denne koordinators fremstilling af rolle, funktion og målgruppe.

Praksisbeskrivelse 1 - forløbskoordination

Profil / navn H

- Køn: Kvinde
- Alder: 39
- Diagnose: Diabetes type 2 siden 1997, adipositas, psykisk diagnose: angst / depression. Slidgigt. Astma.
- Status: ugift, bor alene. Førtidspensionist.
- Henvendelse: Trænende terapeut, Sundhedsfremme afd.

Aktuel situation:

Trænende terapeut henvender sig til FK, da H har deltaget i tilbuddet Motion på recept, uden effekt.

Har problemer med at blive fastholdt i et tilbud. Melder fra / kommer ikke til aftalt tid. Skal henvises til et alternativt tilbud, der matcher hendes individuelle behov.

Hendes situation er kompleks, derfor kontakt til FK.

Svær overvægt (137 kg). Dårligt reguleret diabetes, med meget svingende blodsukker. Forhøjet BT. Forhøjet Cholesterol tal. Ryger 30-40 cigaretter dagligt. Spiser ikke regelmæssigt: overspiser eller spiser slet ikke. Manglende motion. Angstproblematikker siden barndommen, går til psykiater.

Ønsker at blive indstillet til Gastric Bypass operation, forundersøgelse efterår 2011.

Forløb ved forløbskoordinatoren:

1. Indledende samtale, H's behov og ressourcer afdækkes.
2. Individuel målsætning: H ønsker hjælp til at tabe sig 14 kg inden forundersøgelse til GB operation. Vi taler barrierer/ motivation/ værdi i at nå målet.
3. FK anbefaler ud fra målsætning, behov og ressourcer at H tilbydes et 3 måneders diabetes rehabiliteringsforløb, med undervisning i sygdomsforståelse/sygdomshåndtering og fysisk træning + diætist vejledning. Tilbuddet udvides med løbende kontakt til FK med henblik på fastholdelse.
4. Planlægningssamtale sammen med H hos egen læge, som ud fra sit kendskab til H vurderer at FK anbefaling er "bæredygtig". Sender henvisning til rehabilitering. Iværksætter samtidig behandling med Victoza, for at understøtte vægttab.
5. Planlægningsmøde mellem FK og rehabiliteringsteam, hvor der tages højde for H's individuelle behov og udarbejdes plan for rehabiliteringsforløbet.
6. FK har løbende kontakt gennem forløbet med H's praktiserende læge, Rehabiliteringsteamet, H's hjemmevejleder, hjemmeplejen/sygeplejen. To besøg på endokrinologisk dagafsnit med H (kontrol og regulering af medicinsk behandling).
7. Undersøgt muligheder for at imødekomme kostproblematikken: Arrangerer at H får diabetes kost udefra 2 gange om ugen. Involveret hendes kæreste, som også får leveret mad de samme dage og nu i øvrigt støtter op om sund kost.
8. Koordineret med sygeplejen, så H indsender sine blodsuktermålinger – bedre kontrol.
9. Fremadrettet: Undersøgt muligheder for træning i regi af privat praktiserende fysioterapeut, med udslusning til motionscenter på sigt. (Efter rehabiliteringsforløb). Hjemmevejleder har undersøgt mulighed for at søge fonde til at dække en del af udgifterne til dette.

Status efter 3 måneder:

H har præsteret et vægttab på 15 kg. Er blevet fastholdt i rehabiliteringsforløbet. Har på eget initiativ nedsat sit cigaretforbrug, fra 30-40 cigaretter dagligt til nu 10-15. Er blevet glad for at motionere, kan mærke at hun får det bedre fysisk og psykisk både under og efter træning. I stedet for at spise 1-2 gange dagligt, spiser hun nu 3-4 gange dagligt.

HBA1c og Cholesteroltal er faldet. BT er sænket.

Er i overgangen mellem rehabiliteringsforløb og det videre træningsforløb startet holdtræning hos privatpraktiserende fysioterapeut, så overgangen bliver glidende.

H overvejer nu sammen med sin læge, hvorvidt hun stadig ønsker en Gastric Bypass operation.

Praksisbeskrivelse 2 - forløbskoordination

Profil / navn E

- Køn: Kvinde
- Alder: 70
- Diagnose: Svær KOL
- Status: Gift, pensioneret
- Henvendelse: Rehabiliteringsteamet

Aktuel situation:

Sygeplejerske fra rehabiliteringsteamet henvender sig på vegne af E til FK, da E har været igennem et rehabiliteringsforløb, men nu til en 6 måneders opfølgningssamtale har det dårligt både psykisk og sygdomsmæssigt.

Hun er deprimeret og opgivende og savner hjælp til at navigere rundt i ”systemet”. Har indenfor den seneste periode haft 3 akutte indlæggelser på grund af forværring af hendes KOL. Er nu kommet hjem med permanent ilt. Føler sig

psykisk helt nede efter indlæggelserne og har svært ved erkende og acceptere at hun er så syg som hun er. Isolerer sig, da hun ikke magter at forlade hjemmet.

Har fået en rollator med hjem fra sygehuset og er blevet ”lovet” en kørestol, men den er ikke dukket op. Har ikke taget initiativ til at kontakte kommunen.

Er blevet tilbudt hjælp til personlig hygiejne, men har takket nej, da det er vigtigt for E selv at kunne klare dette.

Ægtefælle sørger for rengøring og madlavning i hjemmet.

Ernæringstilstand meget lav (BMI 18). Tager ikke selv initiativ til at spise sufficient. Orker det ikke.

Forløb ved forløbskoordinator:

1. Indledende samtale hvor E's behov og ressourcer afdækkes.
2. Mål: E ønsker efter samtalen hjælp til at få ansøgt om kørestol/ el køretøj. Vil gerne have nogle støttende samtaler med FK omkring hendes livssituation.
3. FK kontakter kommunen i forhold til ansøgninger på rollator, kørestol, el køretøj og rampe til trapper. Visitator tager herefter over.
4. FK har 3 støttende/coachende samtaler med E omkring sygdomsaccept og egenomsorg. Vi taler kost og muligheder for bevægelse. E går i gang med at drikke proteindrik.
5. FK informerer om kommunens trænings tilbud, men E ønsker ikke at benytte sig af disse.
6. Hjælpe midler bevilges, både el køretøj og kørestol, samt rollator.
7. E's læge sætter hende i behandling med Cipramil.
8. Telefonisk kontakt x 3: Psykisk fremgang + vægtøgning på

3,1 kg. Forløbet afsluttes.

Status efter 6 måneder:

Til den opfølgende samtale med FK efter 6 måneder, beskriver E det således: Hun føler at hun ved hjælp af hjælpemidlerne og et nyt syn på sig selv og egne handlemuligheder, har fået et bedre liv, end hun har haft i årevis.

Hjælpemidlerne gør "livet værd at leve".

Hun har det psykisk godt og er stoppet behandling med Cipramil.

E har taget 10 kg. på, og har fået langt bedre appetit.

Beskæftiger sig igen med håndværk, hvilket hun ikke har gjort i årevis.

Ingen akutte indlæggelser.

Planlægger at starte selvtræning på et af kommunens ældrecentre for at holde sig i form.

Praksisbeskrivelse 3 - forløbskoordination

Profil / navn P

- Køn: mand
- Alder: 68
- Diagnose: Hjertesygdom, misbrugsproblematik
- Status: enkemand, bor alene. Pensionist
- Henvendelse: Rehabiliteringsteamet

Aktuel situation:

P fik i oktober 2010 anlagt pacemaker og har efterfølgende deltaget i hjerterehabilitering. Han falder imidlertid i januar måned og får et brud på ryggen. Gennemfører derfor ikke rehabiliteringsforløbet.

P har en kendt misbrugsproblematik og da sygeplejersken fra rehabiliteringsteamet har en opfølgende kontakt til ham, viser det sig at P er begyndt at drikke igen. Hun tilbyder ham derfor en kontakt til FK.

Da FK kommer på 1. besøg er P beruset og ulykkelig over sin situation. Han føler det hele er ramlet og kommer hverken til aftalte tider hos misbrugscenteret, læge eller hos fysioterapeut.

Har mistet kontakten til hjemmevejlederen, som han ellers havde tilknyttet.

Datteren, som ellers har været en stor støtte, afviser ham da han drikker.

Efter den indledende samtale med forløbskoordinatoren aftales følgende med P:

FK kontakter misbrugskonsulenten og planlægger et møde, hvor alle tre parter er til stede, da P ønsker aktivt at gøre en indsats i forhold til sit misbrug.

FK kontakter P's læge og deltager i konsultation, så vi får samlet trådene omkring: medicinsk behandling – P er selv trappet ud af antidepressiv behandling – skal fysioterapeut behandlingerne genoptages – status på bruddet i ryggen - P synes selv at han har fået mere ondt – antabus – kontakten til misbrugscenteret.

FK kontakter hjemmevejlederen, for at få en status på hendes kontakt til P, da han ikke selv er i stand til at redegøre for det.

FK kontakter osteoporose klinikken på Aalborg sygehus, da P har en tid her til DXA scanning, men ikke længere kan huske hvornår.

P ønsker at FK ringer til datteren for at få en dialog i gang.

Vi aftaler først at gøre dette, efter at vi har været hos lægen og på misbrugscenteret.

Overblik over karakteristika for borgere der modtog forløbskoordination, marts 2011

Målgruppen er diagnosegrupperne KOL, hjerte og diabetes type 2

- Kønsfordeling mellem mand og kvinde er 50/50
- Aldersfordeling: under 60 år – 30 % over 60 år – 70 %
- Lidt over 50 % har KOL
- 60 % har diabetes type 2
- Lidt under 50 % har hjertesygdom
- Næsten samtlige borgere har mere end en af de diagnoser, som ligger inden for de tre overordnede målgrupper og kan altså alene herudfra betegnes som særligt sårbare. Kombinationen er typisk:
 - KOL/diabetes
 - Hjertesygdom/diabetes
- En stor del har psykiske problemstillinger, heraf er ca. 10 % diagnosticeret med en psykisk lidelse
- For de borgere der har diabetes, men ikke KOL eller hjertesygdom gælder at næsten alle har psykiske problemer
- Af andre diagnoser kan primært nævnes: cancer, slidgigt
- 20 % er aktive rygere
- Ca. 50 % er tidligere rygere
- Ca. 50 % er svært overvægtige
- Lidt over 10 % er svært undervægtige

Øvrige karakteristika: Ensomhed, isolation, ubalance i parforholdet, misbrugsproblematikker, udenfor arbejdsmarkedet (førtids-, invalide-, folkepensionist eller i jobtræning), lav mestringssevne, lav sygdomsforståelse, ringe medicin compliance, mangel på accept af sygdom, problemer i kommunikationen med kommunen, sygehuset, egen læge, det nære netværk.

RESUMÉ

Flere mennesker lider i dag af en eller flere kroniske lidelser. Samtidig bliver sundhedsvæsenet stadig mere komplekst og stiller krav til patienten om at kunne håndtere kontakter til egen læge, hospital og kommune. Herved opstår behovet for mere sammenhæng på tværs, og et initiativ i denne forbindelse er i nogle kommuner et tilbud til borgeren om tilknytning til en forløbskoordinator. Forløbskoordinatoren skal medvirke til at koordinere forløb, bl.a. ved at gå på tværs af organisatoriske grænser.

Afhandlingen sætter forløbskoordinatoren i fokus, og giver nordjyske forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere en stemme. På denne måde søger afhandlingen at forstå og forklare forløbskoordinatorens rolle og funktion i samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Forfatterens empiriske interesse suppleres med en teoretisk, idet tre teoretiske optikker sætter spot på forløbskoordinatoren som frontmedarbejder, en rolle i et institutionelt spændingsfelt og som 'boundary spanner'.

Afhandlingens analyser peger på forløbskoordinatoren som en formbar størrelse, hvis bidrag til samarbejdet dog i særlig grad afhænger af potentielle samarbejdspartneres generelle forestillinger. Forløbskoordinatorerne i undersøgelsen ses af samarbejdspartnerne som en tryghedsskabende støttefunktion for patienten snarere end som koordineringsmekanisme på tværs af sektorer.